

500 S. Bicentennial Blvd.  
 Ste. 100-B  
 McAllen, TX 78501  
 Tel: (956) 585-8700  
 Fax: (956) 215-7511  
 Mon, Tue, Thur, Fri 8:00 am - 6:00 pm  
 Wednesday 8:00 am - 8:00 pm



www.optimumimaging.com

1300 S. Bryan Rd.  
 Ste. 104  
 Mission, TX 78572  
 Tel: (956) 583-0004  
 Fax: (956) 583-5790  
 Monday - Friday 8:00 am - 6:00 pm

Appointment Date \_\_\_\_\_ Appointment Time \_\_\_\_\_ AM/PM **(Stat 2hrs upon request only)**

*Please arrive on time or 15 min. before your appointment. If you arrive late, Optimum Imaging Center will have to reschedule your appointment.*

Patient Name \_\_\_\_\_ Patient Phone \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
 Insurance \_\_\_\_\_ Insurance ID # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_  
 Call patient to schedule appt?  Y  N Phone # \_\_\_\_\_ Pre Cert # \_\_\_\_\_ Group/IND NPI \_\_\_\_\_  
 Referring MD \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**CLINICAL INFORMATION** (please specify signs/symptoms)

Referring Physician Signature **(required)** \_\_\_\_\_ DX: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
 Give patient  CD  Comparison Study **Mandatory (ICD 10)**

**MRI 1.5 T / OPEN MRI**  WITHOUT IV CONTRAST  WITH AND WITHOUT IV CONTRAST

<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Head/Brain	<input type="checkbox"/> C-Spine	<input type="checkbox"/> Knee	<input type="checkbox"/> Orbits	<input type="checkbox"/> Hand
<input type="checkbox"/> Head	<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Pituitary	<input type="checkbox"/> T-Spine	<input type="checkbox"/> Ankle	<input type="checkbox"/> Pelvis (Bony Structure)	<input type="checkbox"/> Wrist
<input type="checkbox"/> Carotids/Neck	<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> IAC's	<input type="checkbox"/> L-Spine	<input type="checkbox"/> Foot	<input type="checkbox"/> Hip	<input type="checkbox"/> Elbow
<input type="checkbox"/> Chest	<input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Neck (Soft tissue)		<input type="checkbox"/> Shoulder	<input type="checkbox"/> Breast
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> 3D	<input type="checkbox"/> DTI (TBI/Concussion)	<input type="checkbox"/> Extremities _____		<input type="checkbox"/> Other _____	

CT  WITHOUT IV CONTRAST  WITH IV CONTRAST  WITH AND WITHOUT IV CONTRAST

<input type="checkbox"/> CT Angiography	<input type="checkbox"/> Head/Brain	<input type="checkbox"/> Chest	<input type="checkbox"/> Coronary Calcium Scan	<input type="checkbox"/> Chest CTA PE*	<input type="checkbox"/> Lung Screening
<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Paranasal Sinus	<input type="checkbox"/> Abdomen/Pelvis	<input type="checkbox"/> C-Spine	<input type="checkbox"/> CTA Femoral Arteries & Runoff	<input type="checkbox"/> CTA Head (COW)
<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Temporal Bones	<input type="checkbox"/> Neck (Soft Tissue)	<input type="checkbox"/> T-Spine	<input type="checkbox"/> CTA Carotids	<input type="checkbox"/> CTA Aorta-Thoracic
<input type="checkbox"/> Bilateral		<input type="checkbox"/> CT Urogram	<input type="checkbox"/> L-Spine	<input type="checkbox"/> CTA Renal Arteries	<input type="checkbox"/> 3D
		<input type="checkbox"/> Extremity _____		<input type="checkbox"/> Other _____	

**DIGITAL MAMMOGRAPHY** (3D also available at the McAllen location)



Left  Digital Screening Mammogram  Digital Diagnostic Mammogram  
 Right  
 Bilateral

*NOTE: Please make sure patient brings previous Mammo study before or the day of appt.*

**GENERAL ULTRASOUND**

<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Pelvic	<input type="checkbox"/> Breast	<input type="checkbox"/> Neck (Soft Tissue)
<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Abdomen (Limited)	<input type="checkbox"/> Renal	<input type="checkbox"/> Breast (Limited)	<input type="checkbox"/> Transvaginal
<input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Thyroid	<input type="checkbox"/> Testicular	<input type="checkbox"/> Other _____	

**VASCULAR ULTRASOUND**

Lower <input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> Renal Artery	<input type="checkbox"/> AAA (Abdominal-Aorta)	<input type="checkbox"/> Arterial
Upper <input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> Carotid	<input type="checkbox"/> Aorta	<input type="checkbox"/> Venous
		<input type="checkbox"/> Other _____	

**2D ECHO**  Echocardiogram

**BONE DENSITY (DEXA)**  Osteoporosis Scan  Lateral Vertebral Assessment  Body Composition

**DIGITAL X-RAY**

<input type="checkbox"/> Chest PA & Lateral	<input type="checkbox"/> Sacrum/Coccyx	<input type="checkbox"/> Shoulder	<input type="checkbox"/> Knee	<input type="checkbox"/> Nasal Bones
<input type="checkbox"/> Left	<input type="checkbox"/> KUB	<input type="checkbox"/> Humerus	<input type="checkbox"/> Ankle	<input type="checkbox"/> Mandible
<input type="checkbox"/> Right	<input type="checkbox"/> Abdominal Series	<input type="checkbox"/> Elbow	<input type="checkbox"/> Foot	<input type="checkbox"/> Facial Bones
<input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Pelvis	<input type="checkbox"/> Forearm	<input type="checkbox"/> Toe	<input type="checkbox"/> Paranasal Sinuses
<input type="checkbox"/> W/Flex/Ext.	<input type="checkbox"/> Hip	<input type="checkbox"/> Wrist	<input type="checkbox"/> Skull	<input type="checkbox"/> TMJ's
	<input type="checkbox"/> Femur	<input type="checkbox"/> Hand		
	<input type="checkbox"/> Tib/Fib	<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/> Other _____	

**PATIENT PREPARATION INSTRUCTIONS:** Please follow preps carefully to ensure an accurate exam. Diabetic patients should not take insulin if fasting is required. Photo identification is required for your exam.

**DIGITAL MAMMOGRAPHY:** DO NOT apply any powders, deodorant or ointments to the underarm area or breast area on the day of the exam. If you experience breast tenderness prior to or during menstruation, try to schedule a routine mammogram at a more comfortable time during your cycle. Wear a two-piece outfit.

**ULTRASOUND, GALL BLADDER OR ABDOMEN:** Patient should be fasting for eight (8) hours prior to the exam. Nothing to eat or drink. No chewing gum.

**TRANS/ABDOMEN, PELVIS AND PREGNANCY (UP TO 6 MONTHS):** One and half (1 1/2) hours before exam patient should go to the bathroom and after that drink 32 oz. (four (4) 8 oz. glasses) of liquid. All fluid intake must be completed 1 hour before appointment. DO NOT use the bathroom until after the ultrasound has been completed.

**ULTRASOUND RENAL:** Drink 16 oz of water 30 minutes prior to exam.

**CT SCAN OF CHEST, HEAD, NECK, EXTREMITIES, SINUSES, AND SPINE:** No preparation necessary.

**ABDOMEN/PELVIS:** NPO (nothing to eat or drink) after midnight. You will be given a contrast to drink as part of the exam and will need to wait one hour prior to scanning. \*If you are allergic to iodine please inform technologist before drinking contrast.

**EXAMS ORDERED WITH IV CONTRAST:** Nothing to eat or drink after midnight. \*If you are allergic to iodine please inform the technologist. \*Diabetics, patients over 50 years of age, or patients with renal issues must have a BUN and creatinine lab test done at least two months prior to day of exam. \* If you are taking diabetic medications containing metformin you will need to stop taking your medication after your exam for 48 hours (two days). \*If you have any concerns or questions about stopping your medication, please consult with your physician.

**TODDLERS:** Ages 36 months to 6 years: Sleep deprive patient up to midnight the night before exam. Do not let child sleep any time prior to arrival for exam.

**MRI 1.5 T/OPEN MRI: CONTRADICTIONS:** If you have the following devices implanted in your body you will not be able to have an MRI exam: Pacemaker, metallic cardiac valve, cochlear implants, TENS unit, brain aneurysm clip or battery-operated pump (insulin, pain medication, etc.).

**CLOTHING SUGGESTIONS FOR MRI:** Do not wear jewelry of any kind. Wear comfortable loose clothing such as warm-ups. Do not wear anything with metal zippers or buttons. Anything metallic will affect the image of the exam and will get attracted to the MRI magnet which is dangerous. Do not wear any make up or mascara.

**DIGITAL X-RAYS:** No preparation necessary.

**BONE DENSITY:** If you had a barium exam, CT scan, radioisotope, or if you have been injected with any contrast dye (for testing purposes) you should inform the technician. Under the above conditions you may have to wait 10-14 days before your bone density procedure. \*Do not take calcium supplements for a minimum of 24 hours (1 day) before your scheduled test.

**INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN PARA EL PACIENTE:** Favor de seguir estas instrucciones para poder obtener datos precisos en el examen. Los pacientes diabéticos no deberán tomar insulina cuando se requiera ayuno. Se solicitará una identificación con fotografía para poder realizar el examen.

**MAMOGRAFÍA DIGITAL:** No aplique ningún talco, desodorante, ungüentos al área de la axila o al área de la mama el día del examen. Si experimenta sensibilidad en los senos antes o durante la menstruación, trate de programar una mamografía de rutina en un momento más cómodo durante su ciclo. Use un traje de dos piezas.

**ECOGRAFÍA/ULTRASONIDO:**

**ABDOMEN:** No beba ni coma las 6 a 8 horas previas al examen.

**PELVIS y EMBARAZO (hasta 6 meses):** Debe tomar 32 onzas o 1 litro de agua para el examen de manera que la vejiga esté llena. Termine de beber el agua 1 hora antes del examen. Durante el examen se tomarán las imágenes, y se le pedirá que vaya al baño a orinar después del examen.

**EXAMEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA/CT SCAN:** Favor de no ingerir alimentos las cuatro horas antes del examen. Favor de no beber líquidos las dos horas antes del examen.

**ABDOMEN:** Se le dará un líquido de contraste que deberá tomar antes de llegar al centro de estudio. El día del examen siga las instrucciones que vienen en el recipiente. Cada recipiente representa una dosis.

**NIÑOS:** (De 3 a 6 años de edad): Deben ser privados de sueño desde la media noche del día anterior a su cita. Tampoco le permita dormir antes del examen.

**RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI):** Si se harán estudios de su hígado o páncreas, no coma ni beba las 4 horas previas al examen.

**NOTIFIQUE AL PERSONAL DE INMEDIATO SI:** \* Está embarazada o cree que pueda estarlo \* Está amamantando \* Pesa más de 300 libras o 136 kilos \* Tiene un marcapaso cardíaco u otro dispositivo implantado como bomba o estimulador de insulina \* Tiene Clips para aneurismas \* Tiene fragmentos metálicos en el cuerpo \* Tiene placa o prótesis articular \* Es alérgico al líquido de contraste.

Quítese todos los artículos que podrían ser afectados por el imán. Estos pueden incluir horquillas para el cabello, joyas, monedas, dentaduras postizas, llaves o tarjetas de crédito. De preferencia deje sus artículos de valor en casa. Se le pedirá que se ponga una bata de hospital.

**RADIOGRAFÍA/RAYOS X:** No es necesaria ninguna preparación.

**DENSITOMETRÍA ÓSEA (DEXA):** Si usted ha sido sometido a estudios con bario (series GI), una tomografía computarizada, radioisótopo, o si se le ha inyectado un colorante de contraste para algún estudio, notifique al técnico. Podrían hacerle esperar de 10 a 14 días antes de poder realizar este procedimiento. \*No tome suplementos de calcio por al menos 24 horas antes del estudio. \*Use ropa cómoda que libre de cualquier objeto de metal y que sea fácil de cambiar en caso que se le pida ponerse una bata de hospital.



Scan to get the McAllen location map  
500 S. Bicentennial Blvd. Ste. 100-B  
Ste. 100-B, McAllen, TX 78501

Scan to go to our website:  
[www.optimumimaging.com](http://www.optimumimaging.com)

Scan to get the Mission location map  
1300 S. Bryan Rd. Ste. 104  
Ste. 104, Mission, TX 78572

Follow us