

MICHAEL SWIKEHARDT, MD

Formulario de Consulta y Referencia de Radiología Intervencionista

In collaboration with Pueblo Radiology

400 West Pueblo Street, Santa Barbara, CA 93105

Phone: (805) 682-7111 Fax: (805) 364-5256

Attention: Michael Swikehardt, MD

www.mnsmd.com

SOLICITUD DE CONSULTA

Embolización de la Arteria Prostática (PAE)

Hiperplasia Prostática Benigna (BPH)

Embolización de Fibromas Uterinos (UFE)

Fibromas Sintomáticos

Consulta de Oncología Intervencionista

Radioembolización Y-90

Hipertensión Portal / TIPS

Evaluación de TVP / EP

Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Seguro Médico: _____

Idioma Preferido: Inglés Español Otro _____

PROVEEDOR REFERENTE

Médico Referente: _____

Clínica / Consultorio: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA / MOTIVO DE REFERENCIA

IMÁGENES DISPONIBLES

- Ultrasonido
- CT
- MRI
- Imágenes Externas Disponibles
- Imágenes Disponibles en Cottage PACS

Por favor envíe por fax la referencia, notas clínicas recientes y reportes de imágenes si están disponibles.

Nuestro equipo se comunicará directamente con el paciente para coordinar la consulta y evaluar opciones de tratamiento mínimamente invasivas.

Terapias Mínimamente Invasivas Guiadas por Imagen