



CARE FERTILITY™

1701 Park Place Avenue • Bedford, TX 76022 • P: 817.540.1157 • F: 817.267.0522

1250 8th Ave, Suite 365 • Fort Worth, TX 76104 • P: 817.924.1572 • F: 817.927.7919

Histerosalpingograma

Por favor de mandar por fax al 817-545-2164 Atención: Jill Caccese

Nombre del paciente: _____
(por favor imprimir)

Fecha de Nacimiento del paciente: _____

Numero de contacto del paciente: _____

Segundo número de contacto: _____

Por favor de checar tipo de histerosalpingograma:

☐ Infertilidad, femenina (No especificada) **DX N97.9**

☐ Pruebas de fertilidad para el manejo procreativo

☐ Cuidados posteriores a la reversión de la esterilización **Z31.42**

☐ Examen para confirmar esterilización permanente **DX Z98.51 y Z30.49**

Fecha de procedimiento _____

¿Se administro una inyección de depósito en el momento del procedimiento?

☐ Si ☐ No Fecha de inicio del deposito _____

☐ Examen para confirmar esterilización permanente-de Essure **Z98.51 y Z31.49**

Fecha de procedimiento _____

¿Se administro una inyección de depósito en el momento del procedimiento?

☐ Si ☐ No Fecha de inicio del deposito _____

☐ Menorragia (evaluación previa a la ablación) **DX N92.0**

Elegir la ubicación:

☐ Bedford

☐ Fort Worth

Doctor Referente: _____

(por favor imprimir)

Firma del Doctor Referente: _____

Número de fax del doctor referente: _____

(Verifique que este número sea correcto, ya que nuestra oficina confiará en su precisión cuando se comuniquen los resultados.)

Comentarios adicionales: _____

Para acelerar el proceso de programación por favor, también envíe por fax una hoja demográfica e información de seguro para el paciente.

☐ Me gustaría que el médico de CARE discutiera los resultados con el paciente.

☐ Prefiero discutir los resultados de las pruebas con el paciente