

COLECCIÓN DE ESPERMA PARA FERTILIDAD

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

Page 1 of 2

Las muestras son aceptadas en los laboratorios de Omaha y Lincoln durante los siguientes horarios:

| | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|
| OMAHA: | Lunes a Viernes | 8 a.m. a 5 p.m. |
| | Sábados | 8 a.m. a Mediodía |
| LINCOLN: | Lunes a Viernes | 8 a.m. a 3 p.m. |

RECOLECCIÓN:

Nota: Los laboratorios tienen espacios limitados en las instalaciones de recolección. Debe entregar la muestra al laboratorio dentro de 30 minutos a su recolección. Los recipientes de muestras y papeleo están disponibles en la oficina de tu doctor.

1. Las muestras deben ser recolectadas después de un periodo de abstinencia (*no tener relaciones sexuales*) de 2 a 7 días.
2. Recolectar esperma por medio de masturbación y eyacular dentro del recipiente proveído.

Si usted usa condón para recolectar:

- a. Revisar la etiqueta en el condón para estar seguro de que no contenga espermaticida que pueda dañar la muestra.
- b. Transferir el semen recolectado en el condón hacia el recipiente.

****Muestras entregadas al laboratorio en un condón no se aceptarán.****

3. **Etiquetar el contenedor** con el nombre completo del donador, la fecha y la hora en que se recogió. ****Las muestras deben ser etiquetadas correctamente con el fin de llevar a cabo las pruebas en orden****
4. **Completa Sección 2 de la pagina 2.**

EL TRANSPORTE

1. La muestra debe de ser entregada dentro de los 30 minutos de recolección.
2. Es muy importante mantener la muestra a temperatura del cuerpo durante el transporte, evite calor o frio extremo.

Sección 1: ** SER COMPLETADO POR EL DOCTOR**

This form can be used as a requisition provided that Section 1 is completed in its entirety

ORDERING PHYSICIAN: _____ **Account Number:** _____

BILL TO: _____ **Doctor's Office** _____ **Insurance** _____ **Self Pay** _____

DIAGNOSIS CODE(S) (if billing insurance): _____

TEST REQUESTED (check one): **SEMEN ANALYSIS:** _____ **POST VASECTOMY:** _____

FAX RESULTS TO #: _____

PHYSICIAN PHONE #: _____

Sección 2: **SER COMPLETADO POR EL PACIENTE**

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
(El hombre) Apellido Nombre

Nombre de la esposa: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
(La mujer) Apellido Nombre

Días de abstinencia antes de la recolección: (círculo uno): **2 3 4 5 6 Otro:** _____

Metodo de recolección: **Masturbación** **Durante acto sexual** **Otro:** _____

Fue recolectada la muestra en un condón.: **Sí** **No**

Se uso algún lubricante durante la recolección: **Sí** **No**

Toda la muestra se puso en el recipiente? **Sí** **No**

Tipo de recipiente usado para la muestra: **Plastico** **Vidrio**

Ha sido la muestra expuesta a temperaturas extremas desde la recolección? **Sí** **No**

Si la respuesta es Sí, por favor explique:

Fecha y hora de recolección? Fecha ____/____/____ **Hora** _____

Fecha y hora de entrega al laboratoria: Fecha ____/____/____ **Hora** _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN: **Necesario para facturar seguros**

Dirección de la persona responsable: _____

Ciudad, Estado, y Código postal: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

Número de grupo de la póliza (si es aplicable): _____

Nombre de la persona principal en la póliza: _____