



INSTRUCCIONES PARA PACIENTES PARA LA RECOLECCIÓN DE UN ESPECIMEN DE FERTILIDAD DE SEMEN (PATIENT INSTRUCTIONS FOR FERTILITY SEMEN SPECIMEN COLLECTION)

Su muestra de semen debe de programarse con anticipación llamando a **Maureen Clark, CLS** de Laboratorio de Urología al **434-924-2603** o al **800-251-3627 Ext. 42603**.

1. Puede traer su espécimen a la Clínica de Urología solamente si llena los siguientes requisitos:
Puede estar en el laboratorio en el transcurso de una hora de su recolección.
2. Si se mantuvo a temperatura ambiente.

No obstante, se sugiere que deposite su espécimen mientras se encuentra usted aquí para su cita.

Las siguientes instrucciones son importantes para asegurarse de que las condiciones sean óptimas para la recolección del semen

1. Los pacientes deben de abstenerse de cualquiera actividad sexual por un período de **48 horas** antes de recolectar las muestras de semen.
2. Debido a que la esperma es sensible a cambios de temperatura que puedan darse durante el transporte, el mejor lugar para recolectar el espécimen es aquí en el Departamento Urología. Contamos con una habitación privada para ello.
3. El espécimen debe de ser recolectado masturbándose directamente dentro del recipiente que se le proporciona. No utilice lubricantes ya que son tóxicos para la esperma. Es importante recolectar un espécimen completo y es importantísimo que informe al laboratorio en caso de que se haya perdido algo del semen.
4. Si decide recolectar el espécimen en su casa, **DEBE** de hacerse en un recipiente para especímenes limpio con una tapa bien asegurada (del tipo como que se atornilla). **NO TRAIGA EL ESPÉCIMEN EN UNA BOLSA, EN UN CONDÓN, etc.**

Por favor de dar contestación a la siguiente información y entregar la hoja **COMPLETA** junto con el espécimen de su semen.

Fecha (*Date*): _____

Nombre (*Name*): _____ o pegatina (*or label*)

Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): _____

Nombre de esposa / compañera (*Name of wife / partner*): _____

No. de Antecedente de esposa/compañera (*Medical record number of wife / partner*): _____

Si a usted lo remitió un doctor fuera del Departamento de Urología, favor de llenar los siguientes renglones:

Médico que lo remitió (*Referring MD*): _____ Fax #: _____

Período de abstinencia sexual (*Length of sexual absence*): _____ días (*days*) _____ horas (*hours*)

Hora en que se hizo la recolección (*Time of specimen ollection*): _____

Se recolectó todo el espécimen? (**Was entire specimen collected**): Si No

Hubo algún problema con el espécimen (como por ejemplo: No se mantuvo a temperatura ambiente, etc.)?

Si es así, favor de explicar (*Were there any problems with specimen? If yes, explain*): _____

5. Los resultados se le enviarán a su médico para que los discuta con usted cuando tenga su siguiente cita o usted puede ponerse directamente en contacto con él para pedírselos. Favor **de no llamar** al Laboratorio de Urología para pedir los resultados.
6. En caso de que su compañía de seguros requiera un número de autorización y/o una carta en donde lo remite su médico familiar o de cuidados primarios, asegúrese de conseguirlos **antes** de venir para su cita.

Para tener en cuenta : El **Dr. Stuart Howards / Dr. Raymond Costabile** (**Ponga un círculo alrededor del nombre**) es el nombre del Urólogo para la remisión.

Gracias.