

# Collection Data Form

## Formular de datos de recolección

### Patient Information Complete form and return it with your sample(s).

### Información del paciente Complete el formulario y devuélvala con su(s) muestra(s).

Last Name: Apellido:	First Name: Primer nombre:	MI: Inicial del segundo nombre:	
Date of Birth: Fecha de nacimiento:	Gender (circle one): Genero (encierre en un círculo):	Male Masculino Female Femenino	
Height: Talla:	ft      in      or      cm	Weight: Peso:	lbs      or      kg

**If you were given a paper test requisition/lab order, please return it with your sample(s) to ensure testing is completed.**  
Si recibió una solicitud de prueba/orden de laboratorio, devuélvala con su(s) muestra(s) para asegurar que se completen los análisis.

### Collection 1 (required) Recolección 1 (necesario)

Flush Time = Start Time  
Hora de descarga = Hora de inicio

Start Time:  
Hora de comienzo: \_\_\_\_\_ am

Stop Time:  
Hora final: \_\_\_\_\_ am

Date Collection Ended:  
Fecha de recolección final: \_\_\_\_\_

Total Volume:\*  
Volumen total:\* \_\_\_\_\_ ml

\*Total Volume equals amount of urine in orange jug.  
\*El volumen total equivale a la cantidad de orina en el recipiente anaranjado.

### Collection 2 (if performed) Recolección 2 (si se realiza)

Collection 2 Start Time MUST MATCH Collection 1 Stop Time.  
La hora de comienzo de la Recolección 2 DEBE COINCIDIR con la hora final.

Start Time:  
Hora de comienzo: \_\_\_\_\_ am

Stop Time:  
Hora final: \_\_\_\_\_ am

Date Collection Ended:  
Fecha de recolección final: \_\_\_\_\_

Total Volume:\*  
Volumen total:\* \_\_\_\_\_ ml

### Medical Information Información médica

**Have you ever been diagnosed with either of these conditions?** ¿Alguna vez ha sido diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

Crohn's Disease Enfermedad de Crohn       Ulcerative Colitis Colitis ulcerosa      Date diagnosed Fecha del diagnóstico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Have you been placed on either diet for the treatment of kidney stones?** ¿Ha tenido que seguir alguna de las dos siguientes dietas para el tratamiento de cálculos renales?

Low Sodium Diet Diet abaja en sodio      Date started Fecha inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_       Low Fat Diet Diet abaja en grasa      Date started Fecha inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Have you ever had any of the surgeries listed below?** ¿Alguna vez se ha sometido a alguna de las siguientes cirugías?

Colectomy Colectomía       Ileostomy Ileostomía       Small bowel resection Resección del intestino delgado       Gastric bypass Bypass gástrico  
Date Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Date Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Date Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Date Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Medications/supplements you are taking for the treatment of kidney stones:** Medicamentos/suplementos que está tomando para el tratamiento de cálculos renales:

Name: Nombre:	Started: Inicio:	Ended: Final:
Name: Nombre:	Started: Inicio:	Ended: Final:



For Labcorp Use Only.

# Medical Information *(continued)* Información médica

Name: Nombre:	Started: Inicio:	Ended: Final:
Name: Nombre:	Started: Inicio:	Ended: Final:
Name: Nombre:	Started: Inicio:	Ended: Final:
Name: Nombre:	Started: Inicio:	Ended: Final:
Name: Nombre:	Started: Inicio:	Ended: Final:

## Primary Insurance Information Please send a photocopy of your insurance card. Información del seguro primario Envíe una fotocopia de su tarjeta del seguro.

Insurance Plan Name Nombre del plan seguro:	Phone Number: Telefono:	
Policy, Subscriber or Membership Number: Numero de poliza, suscriptor o miembro:	Group Number or Plan Code Number: Numero de grupo o codigo del plan:	
Insurance Company Address for Claim Submission: Direccion de la compania de seguros para presentacion de reclamaciones:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip Code: Codigo postal:

**Complete this section only if you are covered by insurance under someone else's policy.**  
Complete esta sección solo si tiene cobertura bajo el plan de seguro de otra persona.

Last Name: Apellido:	First Name: Primer nombre:	Date of Birth: Fecha de nacimiento:		
Your relationship to the Primary Insured (circle one): Parentesco con el asegurado primario (encierra en un circulo):	Self Usted mismo	Spouse Conyuge	Child Hijo(a)	Other Otro

## Secondary Insurance Information Complete this section only if you have additional insurance. Información del seguro secundario Complete esta sección solamente si tiene un seguro adicional.

Last Name: Apellido:	First Name: Primer nombre:	Date of Birth: Fecha de nacimiento:		
Your relationship to the Primary Insured (circle one): Parentesco con el asegurado primario (encierra en un circulo):	Self Usted mismo	Spouse Conyuge	Child Hijo(a)	Other Otro
Insurance Plan Name Nombre del plan seguro:	Phone Number: Telefono:			
Policy, Subscriber or Membership Number: Numero de poliza, suscriptor o miembro:	Group Number or Plan Code Number: Numero de grupo o codigo del plan:			
Insurance Company Address for Claim Submission: Direccion de la compania de seguros para presentacion de reclamaciones:				
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip Code: Codigo postal:		

**Return this form with your completed Litholink urine sample.**  
Devuelva este formulario, con su muestra de orina de Litholink terminada.



**litholink.labcorp.com**  
800-338-4333 (M-F, 7:00am-7:00pm CT)