

# 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 devuélvalo junto 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 circulo):	Male Masculino Female Femenino
Height: Talla:                      ft                      in                      or                      cm	Weight: Peso:    lbs                      or                      kg	
Patient Address: Dirección del paciente:	Patient Phone: Teléfono del paciente:	

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:  
Horade 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 realizo)

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

Start Time:  
Horade comienzo: \_\_\_\_\_ am

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

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

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

### Medical Information Información medica

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

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

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

Low Sodium Diet Diet abajaen sodio    Date started Fecha inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                       Low Fat Diet Diet abajaen    Date started Fecha inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Have you ever had any of the surgeries listed below? ¿Alguna vez se ha so me ti do a alguna de las siguientes cirugías?

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

Medications/supplements you are taking for the treatment of kidney stones: Medicamentos/suplement quose 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 Información del seguro primario

Insurance Plan Name Nombre del plan seguro:	Phone Number: Teléfono:	
Policy, Subscriber or Membership Number: Numero de póliza, suscriptor o miembro:	Group Number or Plan Code Number: Numero de grupo o código del plan:	
Insurance Company Address for Claim Submission: Dirección de la compañía de seguros para presentación de reclamaciones:		
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip Code: Código 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 círculo):	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 círculo):	Self Usted mismo	Spouse Conyuge	Child Hijo(a)	Other Otro
Insurance Plan Name Nombre del plan seguro:	Phone Number: Teléfono:			
Policy, Subscriber or Membership Number: Numero de póliza, suscriptor o miembro:	Group Number or Plan Code Number: Numero de grupo o código del plan:			
Insurance Company Address for Claim Submission: Dirección de la compañía de seguros para presentación de reclamaciones:				
City: Ciudad:	State: Estado:	Zip Code: Código 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)

©2025 Labcorp. All rights reserved.  
 365101\_IFU1.0525-2

**LLK0003**