Fairfax Cryobank

Registro de Coleccion de Muestras Fuera del Laboratorio

1305 W. 34th Street Suite 210, Austin, TX 78705 512-206-0408
3015 Williams Drive, Suite 110, Fairfax, VA 22031 800-338-8407
1213 Hermann Drive, Suite 580, Houston, TX 78705 713-936-9600
7190 Southwest 87th Avenue #203, Miami, FL 33173 786-840-2888
65 North Madison Avenue, Suite 610, Pasadena, CA 91101 626-432-1681
3401 Market Street, Suite 205, Philadelphia, PA 19104 215-386-1977
1944 Lexington Avenue North, Roseville, MN 55113 800-489-2294
Correo electrónico: info@fairfaxcryobank.com

Este acuerdo es hecho y realizado por y entre Fairfax Cryobank, Inc. (en adelante, Cryobank), y el Depositante. Se requiere que el semen recolectado y entregado al Cryobank sea exclusivamente del Depositante.

Información del depositante

Nombre_____ Número de cuenta_____(A completar por el personal)

Dirección_____

Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____

Número de Seguro Social _____

Correo electrónico _____

Teléfono (Móvil) _____

Teléfono (Trabajo) _____

Información de la muestra

Número de horas desde la última eyaculación: _____

Fecha de colección_____

Hora de colección _____am/pm (círculo uno)

¿Se perdió alguna parte de la muestra durante la recolección? (Círculo uno): No Primera Medio Última

Certifico que produje la muestra de semen adjunta y que contiene solo mi semen. Preparé este espécimen para su entrega a Cryobank.

_____

Firma del Depositante de Semen Fecha

Información del depositante

Nombre_____ Número de cuenta_____(A completar por el personal)

Complete esta sección si una segunda persona (pareja, cónyuge, amigo o pariente) entregara el espécimen al Cryobank.

Nombre de la persona que entregará el espécimen_____

Relación al Depositante _____

Dirección_____

Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____

Correo electrónico _____

Teléfono (Móvil) _____

Teléfono (Trabajo) _____

Yo, _____, certifico que entregué la muestra de semen tal como me la presentó el Depositante indicado anteriormente, sin alteraciones ni cambios.

_____

Firma Fecha

Staff Use Only:
Verify person's identity that delivered the specimen.
Photo ID checked ☐ *Yes* ☐ *No* ☐*NA (Mail-in Specimens, Roseville only)*

Date/time specimen received by lab: _____

Initials of staff receiving specimen: _____