



Fertility Center of California

12791 Newport Ave, # 206, Tustin, CA 92780 P : (714) 730-3060 F : (714) 730-3063
 6699 Alvarado Rd., #2208, San Diego, CA 92120 P : (619) 265-0102 F : (619) 265-1429

Semen Analysis Medical Intake

Who has referred you for semen analysis?

- Self-referral
- Dr. Bastuba (FCC)
- Cindy Jansen, NP (FCC)
- Other (name of the ordering provider)* _____

Patient Information:

Last Name (Apellido): _____ **First Name (Nombre):** _____

DOB (Fecha de Nacimiento): _____ **Age (Edad):** _____

Preferred Phone Number (Telefono): _____ ***Email (Correo electrónico):** _____

***If applicable* Female Partner Information: Last Name:** _____ **First Name:** _____

*Nombre de pareja (apellido, nombre)

DOB (Fecha de nacimiento): _____ **Partner Phone Number (Telefono):** _____

Medical and Personal History

Have you been evaluated by an urologist? No Yes Name of urologist _____

¿Ha sido evaluado por un urólogo?

Have you had a semen analysis in the past? No Yes

¿Ha tenido un análisis de semen en el pasado?

Have you had a vasectomy? No Yes – Date: _____ Reversal? No Yes – Date: _____

¿Ha tenido una vasectomía? Fecha ¿Inversión? Fecha

Have you been exposed to radiation or harmful chemicals? No Yes – Describe _____

¿Ha estado expuesto a la radiación o químicos nocivos?

Have you been diagnosed with cancer? No Yes – Describe: _____

¿Ha sido diagnosticado con cáncer?

Have you had chemotherapy for cancer? No Yes

¿Ha tenido la quimioterapia para el cáncer?

Do you have any current, chronic medical conditions (i.e: diabetes, cholesterol, etc.)? ¿Usted tiene alguna condición médica?

No Yes – What type: _____

Are you currently taking any prescribed medications? ¿Está tomando algún medicamento?

No Yes – What type: _____

Consent and Signature

Non-FCC (Referred patients)

I understand if I am not a patient of FCC, my lab results will be **reported to the ordering provider only***.

(Entiendo que si no soy un paciente de FCC, mis resultados de laboratorio serán reportados al proveedor de pedido solamente)

I would like to make a consult appointment with Fertility Center California to review my results or for infertility consultation.

(Me gustaría hacer una cita para una consulta con Fertility Center of California, para revisar mis resultados o para consultar sobre infertilidad)

Fertility Center of California patients only (Solamente pacientes de Fertility Center of California)

I give permission to release my semen analysis results to my *partner listed above. (Doy permiso para liberar mis resultados de esperma a mi pareja en listado arriba)

I **do not** give permission to release my semen analysis results to *partner listed above. (Yo NO doy permiso para liberar mis resultados de esperma a mi pareja en listado arriba).

I would like my report emailed to me*. (Me gustaría que me manden mis resultados por correo electrónico)

Patient Signature _____ **Date** _____