

Staff Use Only:

Deposit Entry

Roster

**COUNTY OF SAN DIEGO  
STD CLINIC REGISTRATION FORM**  
*PLEASE PRINT CLEARLY. All information is confidential.*

Affix SMALL LABEL

Medical Record #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ LOBBY #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Month Day Year

Gender/Sex:  Male  Female  Transgender (male to female)  Transgender (female to male)

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP Code: \_\_\_\_\_

Phone Number: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_  Cell  Home  Work Email Address: \_\_\_\_\_

Race:  Am. Indian/Alaska Native  Other  Asian/Pacific Islander  Unknown  Black/African American  White/Caucasian  
Please indicate both Race & Ethnicity

Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic  Unknown

Have you ever been to this STD Clinic before?  Yes  No  Not sure If YES, within the last 30 days?  Yes  No

Are you insured by Medi-Cal?  Yes  No

If NO, are you interested in receiving more information about Medi-  Yes  No

**VALIDATION**

Signature: \_\_\_\_\_  
I certify the above information is correct

**REGISTRO DE LA CLINICA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE**

Toda la información es confidencial.  
POR FAVOR ESCRIBE CLARAMENTE EN LETRAS DE MOLDE.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Sexo:  Hombre  Mujer  Transgender (de H a M)  Transgender (de M a H)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_  Celular  Casa  Trabajo Email: \_\_\_\_\_

Raza:  Nativo(a)  Otra  Asiático(a)/Islas del Pacifico  Desconocido  Negro(a)  Caucásico(a)  
Por favor, indique raza y grupo étnico

Étnico:  Hispano  No-Hispano  Desconocido

¿Ha estado usted alguna vez en la Clínica de enfermedades de transmisión sexual?  Sí  No  No se ¿Si es Sí, fue en los últimos 30 días?  Si  No

Tiene usted Medi-Cal?  Sí  No

¿Si es NO, esta interesado a recibir mas información sobre Medi-Cal?  Sí  No

FIRMA: \_\_\_\_\_  
Yo certifico que la información anterior es correcta.