

Telephone Call: Yes No

Detailed Voicemail: Yes No

Receive Mail: Yes No

NEW OVER30 FU P Z RN T I HIV ONLY HIV COURT PrEP

Staff Use Only:

Deposit Entry
Dx Entry
Roster

COUNTY OF SAN DIEGO STD CLINIC REGISTRATION FORM

PLEASE PRINT CLEARLY
All information is confidential

ADDRESS 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: _____

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-Cal? Yes No

Signature: _____
I certify the above information is correct.

VALIDATION

REGISTRO DE LA CLINICA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRAS DE MOLDE. Toda la información es confidencial.

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ No. de Seguro So- _____
Mes Día Año

Sexo: Hombre Mujer Transgénero (de H a M) Transgénero (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.