

DATE: \_\_\_\_\_ LOBBY #: \_\_\_\_\_ STAFF INITIALS: \_\_\_\_\_

PICTURE   
I.D. CHECK   
SECURITY QUESTIONS



# STD CLINIC VISIT QUESTIONNAIRE

Please indicate the reason for your visit today (check all that apply):

## HIV Testing Only:

- I only want an **HIV** test.
- I need an **HIV COURT ORDERED** test.

## STD and HIV Testing:

- STDs/HIV testing:  
**Symptoms:**    Yes    No    Unknown
- Someone I had sex with has symptoms or tested positive for an STD:  
 gonorrhea    chlamydia    syphilis    unknown    other: \_\_\_\_\_
- STD treatment.
- Liquid nitrogen treatment.
- Specimen collection.

## Other:

- STD/HIV test results.
- PrEP       nPEP
- Vaccination / Immunization: \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ LOBBY #: \_\_\_\_\_ STAFF INITIALS: \_\_\_\_\_

PICTURE   
I.D. CHECK   
SECURITY QUESTIONS



Barcode Label

## Cuestionario de la clínica de ETS

Por favor indique la razón de su visita (Marque todo lo que aplica):

### Solamente prueba de HIV:

- Quiero la prueba de VIH.
- Quiero la prueba de VIH (ORDENADA POR LA CORTE).

### STD and HIV Testing:

- ETS/prueba de VIH:  
Síntomas:  Si  No  No, estoy seguro
- Alguien con quien tuve relaciones sexuales tiene síntomas o resultó positivo en ETS:  
 gonorrea  clamidia  sífilis  desconocido  otro: \_\_\_\_\_
- Tratamiento para ETS.
- Tratamiento de nitrógeno líquido.
- Proveer otra muestra de sangre/orina.

### Otro:

- Resultados de ETS/VIH.
- PrEP  nPEP
- Vacuna / Inmunización: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_