

Date: _____

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES CLINIC REGISTRATION

All information is confidential. For prompt and accurate processing, **PLEASE PRINT CLEARLY!**

Name: _____ SSN: _____
Last First Middle

Date of Birth: ____/____/____ Age: _____ Sex: (circle one) Male Female Transgender FTM MTF
Month Day Year

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Ethnicity: (circle one) White Hispanic Black Asian Other: _____

Phone #: (_____) _____ (circle one) Home Work Pager Cell Other: _____

Have you ever been to a San Diego County Public Health STD Clinic? (circle one) Yes No Not Sure

If YES, which location? _____ When? _____

How did you hear about our clinic? _____

Are you insured by Medi-Cal? (circle one) Yes No

If NO, are you interested in receiving more information about Medi-Cal? (circle one) Yes No

REGISTRO DE LA CLINICA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

Toda la información es confidencial. **POR FAVOR ESCRIBE CLARAMENTE** para servicio más rápido.

Nombre: _____ No. De Seguro Social: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: (circule uno) Hombre Mujer Transgendar de M a H de H a M
Mes. Día Año

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Grupo Etnico: (circule uno) Blanco/a Hispano/a Negro/a Asiático/a Otro: _____

Teléfono: (_____) _____ (circule uno) Casa Trabajo Beeper Mobil Otro: _____

Ha visitado usted alguna vez una clínica de Enfermedades Transmitidas Sexualmente del Departamento de Salud del Condado de San Diego? (circule uno) No No Se Si fue así en donde fue? _____ Cuando? _____

Quién le recomendó que viniera a esta clínica? _____

Tiene usted aseguranza de Medi-Cal? (circule uno) Si No

Esta interesado en recibir mas información sobre Medi-Cal? (circule uno) Si No