Sign In Sheet

Maricopa County
Department of Public Health

Date/Fecha: _____ **For Official Use Only:* Lab #_____

Name/Nombre:_____
Last Name/*Apellido* **First Name/*Primer nombre***

Race/*Raza*:_____ **D.O.B./*Fecha de nacimiento***:_____ **Sex/*Sexo*: M / F / TMF / TFM**

Address/*Dirección*:_____
Apt Number/Numero de apartamento

_____ _____ _____
City/*Ciudad* **Zip Code/*Código Postal*** **Phone Number/*Numero de Teléfono*:**

Have you tested positive for Syphilis in the Past? Y / N If yes, when and where?_____

¿Has salido positivo con Sífilis en el pasado? Si / No Si, contesto si, cuando y donde?_____

Testing Requested/Análisis Requerido: All *(Todos*)

Chlamydia (*Clamidia*) Gonorrhea (*Gonorrea)* Syphilis (*Sífilis*) HIV (*VIH*)

How did you hear about us? (*¿Cómo escucho de nosotros?)*_____