Sign In Sheet

Maricopa County Department of Public Health

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

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*:_____

_____	_____	_____	_____
City/*Ciudad*	**Zip Code/*Código Postal***	**Phone Number /*Número de Teléfono*:**	**E-Mail Address/*Correo Electronico***

If you are 18 years or older and would like to access your records (including lab results) online please provide an email address on the line below. **PLEASE NOTE: ALL test results, including HIV, will be posted.**

EMAIL:_____

Si usted tiene 18 años o más y desea acceder a sus registros (incluyendo resultados de laboratorio) en línea, por favor proporcione una dirección de correo electrónico en la línea de abajo. ** Nota: Todos los resultados de la prueba, incluido el VIH, va a ser visible.**

Correro Electronico: _____

HIV Status	Positive	Negative	Unknown	**Sexual Preferance**	Males	Females	Both
Estatus de VIH	Positivo	Negativo	No Se mi estatus	**Preferencia Sexual**	Hombres	Mujeres	Ambos

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

¿Alguna vez te diagnosticado con la Sifilis? Si / No Si, contesto si, cuando y donde?_____

Today you are being tested for Chlamydia, Gonorrhea, Syphilis and HIV Hoy se le van a hacer pruebas para Chlamydia, Gonorrea, Sífilis y VIH

IF YOU DO NOT WANT TO BE TESTED FOR HIV PLEASE MARK THIS BOX WITH AN X
SI USTED NO DESEA QUE SE LE HAGA LA PRUEBA DE VIH PORFAVOR MARQUE CON UNA X

How did you hear about us? (*¿Cómo escucho de nosotros?)* Facebook STDAZ.com Radio Station?_____

Internet/Which site_____ Other_____

TEST	COLLECTED BY	TIME COLLECTED	ECW ENTRY
Architect			
Aptima Urine			
Aptima Vaginal Swab			
RPR			

Sign In Sheet

Maricopa County
Department of Public Health

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

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*:_____

_____	_____	_____	_____
City/*Ciudad*	**Zip Code/*Código Postal***	**Phone Number /*Número de Teléfono*:**	**E-Mail Address/*Correo Electronico***

If you are 18 years or older and would like to access your records (including lab results) online please provide an email address on the line below. **PLEASE NOTE: ALL test results, including HIV, will be posted.**

EMAIL:_____

Si usted tiene 18 años o más y desea acceder a sus registros (incluyendo resultados de laboratorio) en línea, por favor proporcione una dirección de correo electrónico en la línea de abajo. ** Nota: Todos los resultados de la prueba, incluido el VIH, va a ser visible.**

Correro Electronico: _____

HIV Status	Positive	Negative	Unknown	**Sexual Preferance**	Males	Females	Both
Estatus de VIH	Positivo	Negativo	No Se mi estatus	**Preferencia Sexual**	Hombres	Mujeres	Ambos

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

¿Alguna vez te diagnosticado con la Sifilis? Si / No Si, contesto si, cuando y donde?_____

Today you are being tested for Chlamydia, Gonorrhea, Syphilis and HIV Hoy se le van a hacer pruebas para Chlamydia, Gonorrea, Sífilis y VIH

IF YOU DO NOT WANT TO BE TESTED FOR HIV PLEASE MARK THIS BOX WITH AN X
SI USTED NO DESEA QUE SE LE HAGA LA PRUEBA DE VIH PORFAVOR MARQUE CON UNA X

How did you hear about us? (*¿Cómo escucho de nosotros?)* Facebook STDAZ.com Radio Station?_____

Internet/Which site_____ Other_____

TEST	COLLECTED BY	TIME COLLECTED	ECW ENTRY
Architect			
Aptima Urine			
Aptima Vaginal Swab			
RPR			