Maricopa County
Department of Public Health

Sign In Sheet

Staff initials: _____

Patient initials: _____

PATIENT LABEL
(Last, First Name/ DOB/ eCW #, encounter date)

Date/Fecha: _____

Name/Nombre:_____
LAST Name/*Apellido* **SUFFIX/*sufijo* (II, III, IV, Jr. Sr.)** **FIRST Name/*Primer nombre***

Address/ *Dirección*:_____ **APT./Suite/Bldng.:** _____

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

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

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

Email Address: _____

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; which station? _____
____ Internet; which website? _____ ____Other: _____

Official Use Only

BLOOD:
- ☐ HIV 1/2 (Architect)
- ☐ Syphilis RPR

Collected by: _____ ***@*** _____

GC/CT:
- ☐ Aptima Urine
- ☐ Aptima Rectal
- ☐ Aptima Vaginal

Collected by: _____ ***@*** _____

COMMENTS:
- ☐ Split tube for Syphilis/HIV
- ☐ Titer Only
- ☐ Titer & TP-PA

Collected by: _____ ***@*** _____