



**Instrucciones para obtener una cita para la vacuna COVID-19
para pacientes no estabizados solamente sobre la edad de 65.**

Tenga en cuenta: *No podemos proporcionar una vacuna COVID-19 si ha recibido otras vacunas (gripe, herpes zóster, tétanos, neumonía, etc.) dentro de los 14 días posteriores a la fecha de su cita.*

Para el servicio mas rapido el día de su cita de vacunacion:

1. Complete el formulario de registro de una página adjunto.
2. Lleve el formulario de registro a la clínica junto con copias de sus tarjetas de seguro si tiene seguro (Medicare, Medicaid, seguro privado, etc.)
 - ***Si no puede devolver este formulario a la clínica con anticipación***, llame al 208-587-3988 y nuestro personal puede recibir la mayor parte de la información por teléfono. Debe completar información adicional y enseñar sus tarjetas de seguro el día de su vacuna.
3. Conserve esta página como recordatorio de lo que debe hacer el día de la cita.

El día de su cita:

1. Preséntese justo a tiempo para su cita; no venga mas temprano.
2. Use una camisa de manga corta.
3. Evite traer a cualquier miembro de la familia con usted ya que tenemos un espacio de espera limitado disponible (se harán excepciones para las personas con cuidadores de tiempo completo o que necesiten traductores)
4. Recibirá la cita para su segunda dosis el día que reciba su primera vacuna.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido legal:		Sexo/género legal: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Fecha de nac.: MES/DÍA/AÑO / /
Primer nombre legal:	Segundo nombre:	N.º de Seguro Social (para facturación del seguro):	
Dirección:		Código postal:	Ciudad y Estado:
Teléfono de casa/celular:			
Tipo de seguro primario: <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Regence Blue Shield <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Otro:			
Raza (elija una): <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Negarse a responder		Origen étnico (elija uno): <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Negarse a responder	

AUTORIZACIONES
Facturación del seguro:

A mi leal saber y entender, la información proporcionada es precisa y correcta. Autorizo a Desert Sage Health Centers (DSHC) a facturar a mi compañía de seguros directamente, y autorizo además a cualquier tercero pagador a través del cual tenga beneficios a realizar pagos directamente a DSHC. También autorizo a DSHC o a terceros a usar y divulgar cualquier información de atención médica con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro.

Consentimiento para tratamiento

- ✓ **Por la presente autorizo a** Desert Sage Health Centers a examinarme, hacerme pruebas y tratarme hoy por cualquier condición relacionada con la salud.
- ✓ **Entiendo** que no se me ha dado ninguna garantía con respecto al tratamiento o examen.
- ✓ **Entiendo** que mi información médica puede compartirse entre los departamentos de salud dental, médica y conductual de DSHC.
- ✓ **En caso de una emergencia**, autorizo a DSHC a brindar tratamiento médico de emergencia.
- ✓ **He leído, o me han explicado**, la Autorización de uso de emergencia (EUA) para la vacuna contra la COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas satisfactoriamente. Creo que entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna contra la COVID-19 y pido que me la administren a mí o a la persona nombrada anteriormente por quien estoy autorizado a hacer esta solicitud (padre/madre o tutor).
- ✓ **Entiendo** que debo esperar entre 15 y 30 minutos en observación después de recibir la vacuna antes de irme.

 X _____
 Firma del paciente

 X _____
 Fecha