



Instructions for Getting a COVID-19 Vaccine Appointment for Non-Established Patients Age 65+ ONLY

Please note: You must be an established patient or a resident of Elmore or Owyhee County to qualify for a vaccine appointment, which will be verified based on the address on your driver's license or other identification card. **Also, we are not able to provide a COVID-19 vaccination if you have had any other vaccines (flu, shingles, tetanus, pneumonia, etc.) within 14 days of your appointment date.**

To get a vaccine appointment:

1. Complete the attached one-page registration form.
2. Bring the registration form back to the clinic along with copies of your insurance cards if you have insurance (Medicare, Medicaid, private insurance, etc.)
3. You will be provided an appointment time when your completed information is returned to any Desert Sage clinic site (Mountain Home, Grandview, Glenns Ferry)
4. Keep this page as a reminder about what to do on the appointment day.

On your appointment day:

1. Please show up right on time for your appointment; do not come early.
2. Please wear a short-sleeved shirt.
3. Please avoid bringing any family members with you as we have limited waiting space available (exceptions will be made for people with full-time caretakers or who need translators)
4. You will receive the appointment for your second dose when you get your first vaccine.

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

Tenga en cuenta: Debe ser un paciente establecido o residente del condado de Elmore o el condado de Owyhee para calificar para una cita de vacunación, se verificara según la dirección que figura en su licencia de conducir o otra tarjeta de identificación. Además, 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 obtener una cita para vacunas:

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.)
3. Se le proporcionará una cita cuando su información completa sea devuelta a cualquier sitio de la clínica Desert Sage (Mountain Home, Grandview, Glenns Ferry)
4. 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 vengas 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.

PATIENT IDENTIFICATION, CONTACT & RESIDENTIAL INFORMATION

Legal Last Name:		Suffix: Jr <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/>	Legal Sex/Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth: MO/ DAY /YR / /
Legal First Name:		Middle Name:	Social Security #:	
First Name Used:			Pharmacy:	
Address:		Zip Code:	City & State:	
Home/Cell Phone:			Patient Email:	
Preferred Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other (Please Define)		Race (Choose One): <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other Race <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Patient Declined		
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widow(er) <input type="checkbox"/> Partner		Ethnicity (Choose One): <input type="checkbox"/> Hispanic / Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic /Latino <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Dominican <input type="checkbox"/> Latin American /Latin <input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Patient Declined		
Homebound? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				

INSURANCE INFORMATION

(PLEASE PROVIDE INSURANCE CARD TO PATIENT REGISTRATION)

AUTHORIZATION TO BILL INSURANCE AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

The information provided is accurate to the best of my knowledge. I authorize Desert Sage Health Centers (DSHC) to bill my insurance company directly, and further authorize any third-party payer through which I have benefits to make payment(s) directly to DSHC. I understand that I am financially responsible for any balance occurred while utilizing DSHC services. I also authorize DSHC or third parties to use and disclose any health care information for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits. Services provided by outside companies (e.g. lab, pathology, and radiology) are billed separately by those companies.

X _____ Patient/Guardian Signature	X _____ Date
---------------------------------------	-----------------

AUTHORIZATION OF TREATMENT

- ✓ I hereby authorize Desert Sage Health Centers to examine, test, and treat me or my child for any health-related condition.
- ✓ I understand that no guarantees have been made to me regarding treatment or examination.
- ✓ I understand that my health information may be shared across our dental, medical and behavioral health departments.
- ✓ In case of an emergency, I authorize DSHC to treat my child.
- ✓ I authorize DSHC to request and use prescription medication history from another health provider and/or third-party pharmacy benefits payers for treatment purposes.

X _____ Patient/Guardian Signature	X _____ Date
---------------------------------------	-----------------

FINANCIAL RESPONSIBILITY

I understand that I am financially responsible for the payment of healthcare charges incurred on my behalf at DSHC, including charges that are not paid in full by my insurance, government program benefits, or other third-party payers. I also agree to pay or reimburse DSHC for all costs it may incur in collecting such amounts, including, but not limited to, attorneys' fees and collections agency fees. Services provided by outside companies (e.g. lab, pathology, and radiology) are billed separately by those companies.

X _____ Patient/Guardian Signature	X _____ Date
---------------------------------------	-----------------

X _____ Guardian Signature <input type="checkbox"/> Patient is a minor under the age of 18 <input type="checkbox"/> Other mental or physical disability	X _____ Date
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

Forma de registro para la vacuna de Covid

INFORMACION DE PACIENTE RESIDENCIAL

Apellido legal:		Suffix: Jr <input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/>	Genero al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina	Fecha de nacimiento: Mes / Dia / Año
Nombre legal:	Segundo nombre:		# Seguro social:	
Caja Postal:	Código Postal:	Ciudad-Estado:		
Celular:	Correo electrónico:			<input type="checkbox"/> No Correo Electrónico

PACIENTE DEMOGRAPHICS

Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor definir):	Etnicidad (marque uno): <input checked="" type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Latino Americano/Latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Elegir no reportar
Raza (marque uno): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Caucasico/Blanco <input type="checkbox"/> Elegir no reportar	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja	Confinado en casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

INFORMACION DE SEGURO (POR FAVOR PROVENGA COMPROBANTE DE SEGURO AL REGISTRO DE PACIENTES) AUTORIZACION A PASARLE LA FRACTURA AL SEGURO Y ASIGNACION DE BENEFICIO

La información proporcionada es precisa al mejor de mi conocimiento. Yo autorizo DSHC a mandar la fractura a la empresa de mi seguro directamente, y mas allá cualquier tercer partido a través de cual beneficio a ser un pago directamente a DSHC. Yo entiendo que soy económicamente responsable por cualquier balance ocurrido mientras utilizo los servicios de DSHC. Y también autorizo a DSHC o cualquier tercer partido a usar y revelar cualquier información del centro médico para el propósito de obtener pago del servicio y determinar beneficios de seguro. Servicios provenientes por compañías afuera de nuestro centro (e.g. laboratorios, patología, a radiología) tienen fracturas aparte.

<input checked="" type="checkbox"/> _____ Firma de Paciente	<input checked="" type="checkbox"/> _____ Fecha
----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

- Por el presente, autorizo** a Desert Sage Health Centers a examinar, revisar, y tratar a mi o mi hijo de cualquier condición relacionada con mi salud.
- Yo entiendo** que no hay garantía hecha a mí con respecto a mi tratamiento o exanimación.
- Yo entiendo** que mi expediente de salud puede ser compartido a través de nuestros departamentos de dental, medico y salud mental.
- En caso de emergencia**, Yo autorizo a DSHC a tratar a mi o mi hijo(a).
- Yo autorizo** DSHC solicitar y usar historia de recetas medicas de otros proveedores y/o tercer partido de farmacia para propósito de tratamiento.

<input checked="" type="checkbox"/> _____ Firma de Paciente	<input checked="" type="checkbox"/> _____ Fecha
----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

RESPONSIBILIDAD FINANCIERO

Yo entiendo que soy económicamente responsable por los cargos médicos contraídos en mi parte en DSHC, incluyendo cargos que no son pagados en totalidad por mi seguro, programa del gobierno, o cualquier tercera identidad. Yo también estoy de acuerdo en pagar o reembolsar DSHC por los costos que puede coleccionar, como incluyendo pero no limitado a, la cuanta de abogados y agencias de colecciones. Servicios provenientes por compañías afuera de nuestro centro (e.g. laboratorios, patología, a radiología) tienen fracturas aparte.

<input checked="" type="checkbox"/> _____ Firma de Paciente/Guardian	<input checked="" type="checkbox"/> _____ Fecha
<input checked="" type="checkbox"/> _____ Firma de Guardian [<input type="checkbox"/> Paciente es menor de 18 años <input type="checkbox"/> Otra discapacidad mental o fisica]	<input checked="" type="checkbox"/> _____ Fecha