



Cooperative Christian Ministries & Clinic (CCMC)  
133 Arbor Street Hot Springs, AR 71901

501-318-1153

<https://ccmchs.org>

***PATIENT APPLICATION INSTRUCTIONS / Instrucciones de aplicación para el paciente.***

*Please complete this entire application and include the requested documentation. Once you complete it, please bring the application to CCMC for review. We will call you to schedule an appointment with our Volunteer Patient Registrar. CCMC does not accept patients with access to affordable medical insurance, Medicare, Medicaid, or Veteran's benefits.*

Complete esta solicitud e incluya la documentación solicitada. Una vez que la complete, lleve la solicitud a CCMC para su revisión. Le contactaremos para programar una cita una vez su solicitud sea aprobada. CCMC no acepta pacientes con acceso a seguro médico accesible a, Medicare, Medicaid o beneficios para veteranos.

***Please present the following with your completed application / Por favor presente los siguientes documentos con su solicitud completa:***

- Picture ID / Identificación con foto*
- Documentation of government benefits, if any / Documentación de beneficios gubernamentales, si los hubiera. Medicaid, SNAP, WIC, Disability, Child Support, HUD, etc.*
- Current filed income tax Form 1040, W-2, or 1099 for all household members / Formulario 1040, W-2 o 1099 del impuesto sobre la renta presentado actualmente para todos los miembros del hogar*
- Proof of all income for the past three (3) months for every person in your household / Comprobante de todos los ingresos de los últimos tres (3) meses de cada persona de su hogar*
  - Social Security, Unemployment Statement, Check Stubs, Child Support, SSI, Pensions, etc. / Seguro Social, Declaración de Desempleo, Talones de Cheques, Manutención Infantil, SSI, Pensiones, etc.*

**There is a \$5 registration fee/ Hay una tarifa de inscripción de \$5**

**Patient Application / Información de admisión de Paciente**

Today's Date / la Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Full Name / Nombre completo \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Social Security Number / Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Gender / Género:     Female / Mujer                       Male / Hombre

Check All that Apply / Marque Todo lo que Corresponda:

U.S. Citizen / Ciudadano de U.S.             Permanent U.S. Resident / Residente permanente de U.S.  
 Work Visa / Visa de Trabajo                       Veteran / Veterano                                       Other / Otro

Physical Address / Dirección Física \_\_\_\_\_

City / Ciudad \_\_\_\_\_

State / Estado \_\_\_\_\_                      Zip Code / Código Postal \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono \_\_\_\_\_                      May we text? / ¿Podemos enviar mensajes de texto? \_\_\_\_\_

Email / Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Emergency Contact / Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Relationship / Relación \_\_\_\_\_                      Phone / Teléfono \_\_\_\_\_

Marital Status / Estado civil:

Married / Casado/a                       Single / Soltero/a                       Widowed / Viudo/a  
 Separated / Apartado/a                       Divorced / Divorciado/a

***To be completed by CCMC / Para ser completado por CCMC***

Registration Date \_\_\_\_\_                      Patient ID # \_\_\_\_\_

Level of Care Color \_\_\_\_\_                      Preferred Language \_\_\_\_\_

**Application Household and Income Information /  
Solicitud Información sobre el hogar y los ingresos**

Your Income / Tus ingresos \_\_\_\_\_

How are you paid?  Check  Cash  Other      ¿Cómo te pagan?  Cheque  Efectivo  Otro

Employer Information / Información del empleador \_\_\_\_\_

Your Occupation / Tu ocupación \_\_\_\_\_ Start Date / Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Employer Phone / Teléfono del empleador \_\_\_\_\_

May we contact your employer? / ¿Podemos contactar a su empleador?  Yes / Si     No

Have you applied for Medicare or Medicaid? / ¿Ha solicitado Medicare o Medicaid?  Yes / Si     No

Do you have access to medical insurance? / ¿Tiene acceso a un seguro médico?  Yes / Si     No

What services do you need? / ¿Qué servicios necesitas?

Medical / Médico                                       Dental / Dental                                       Vision / Visión

How many people live in your home? / ¿Cuántas personas viven en tu casa? \_\_\_\_\_

List everyone, including yourself, living in your home, their relationship to you, date of birth, and their income / Enumere a todas las personas, incluido usted mismo, que viven en su casa, su relación con usted, fecha de nacimiento y sus ingresos:

Name / Nombre	Relationship / Relación	Date of Birth / Fecha de nacimiento	Income / Ingreso
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$
_____	_____	_____	_____ \$

What is your total household income? / ¿Cuál es el ingreso total de su hogar?    \$ \_\_\_\_\_

**Monthly Household Expenses Information / Información de Gastos Mensuales del Hogar**

Monthly Rent / Renta Mensual	\$ _____
Monthly Utilities / Servicios públicos mensuales	\$ _____
Gas for Vehicle / Gasolina para Vehículos	\$ _____
Monthly Food / Comida Mensual	\$ _____
Clothing / Ropa	\$ _____
Cable & Internet / Televisión por cable e Internet	\$ _____
Home Insurance / Aseguranza de casa	\$ _____
Car Insurance / Seguro de Auto	\$ _____
Real Property Taxes / Impuestos sobre bienes inmuebles	\$ _____
Personal Property Taxes / Impuestos sobre propiedad personal	\$ _____
Child Support / Manutención infantil	\$ _____
Vehicle Payments / Pagos de vehículos	\$ _____
Mortgage Payments / Pagos de hipoteca	\$ _____
Phone / teléfono	\$ _____
Other / Otro	\$ _____
<b>Total Expense / Gasto total</b>	<b>\$ _____</b>

---

*For CCMC Use / para uso CCMC:*

## **Patient Agreement / Acuerdo del Paciente**

Patient Name: \_\_\_\_\_

*Based on my income level that is determined at the time of registration, I understand that I will be charged a fee for medical and pharmacy visits at CCMC.*

- Según mi nivel de ingresos que se determina al momento de registrarme, entiendo que se me cobrará una tarifa por las visitas médicas y de farmacia en CCMC.

*I understand that I must keep my appointments and arrive on time. If, for any reason, I will be late, it is my responsibility to notify CCMC.*

- Entiendo que debo asistir a mis citas y llegar a tiempo. Si, por algún motivo, llego tarde, es mi responsabilidad notificar a CCMC.

*If I am more than 15 minutes late without a phone call, I understand that I will not be seen and will be charged a No-Show fee that must be paid at the rescheduled appointment.*

- Si llego más de 15 minutos tarde sin una llamada telefónica, entiendo que no me atenderán y se me cobrará una tarifa por no presentarse que deberá pagarse en la cita reprogramada.

*If I cannot keep my appointment, I must call CCMC 24 hours in advance to cancel. Failure to cancel within this time frame will result in a No-Show fee.*

- Si no puedo asistir a mi cita, debo llamar a CCMC con 24 horas de anticipación para cancelarla. Si no cancela dentro de este plazo, se aplicará un cargo por no presentación.

*If CCMC schedules a referral with an outside provider and I do not keep that appointment, I will be given one warning and a second appointment will not be made for me. I will also be charged a No-Show fee.*

- Si CCMC programa una cita con un proveedor externo y no acudo a esa cita, recibiré una advertencia y no se me programará una segunda cita. También se me cobrará una tarifa por no presentarse.

*CCMC may refer me to outside partner providers. If I make my own appointments, I am fully responsible for any financial obligations that may result.*

- CCMC puede derivarme a proveedores asociados externos. Si hago mis propias citas, soy totalmente responsable de cualquier obligación financiera que pueda resultar.

*I must follow the treatment plan that the CCMC healthcare staff gives me, including compliance with medications, attending patient education classes, keeping record logs as required, and other prescribed treatment actions. Non-compliance with treatment plans may result in termination of my CCMC patient status.*

- Debo seguir el plan de tratamiento que me proporcione el personal de atención médica de CCMC, incluido el cumplimiento de los medicamentos, asistir a clases de educación para pacientes, llevar registros según sea necesario y otras acciones de tratamiento prescritas. El incumplimiento de los planes de tratamiento puede resultar en la terminación de mi condición de paciente de CCMC.

*I understand that I will be given a warning for No-Shows, failure to pick up medication or follow the treatment plan by your CCMC physician, not presenting finger stick readings or other record logs, and frequent cancellations (3 in a 6 month period), or anything that interferes with my treatment and compliance. I understand that after three (3) noncompliance letters (warnings) I will be terminated as a CCMC patient.*

- Entiendo que recibiré una advertencia por no presentarse, por no recoger medicamentos o por no seguir el plan de tratamiento por parte de su médico de CCMC, por no presentar lecturas de punción en el dedo u otros registros y cancelaciones frecuentes (3 en un período de 6 meses). , o cualquier cosa que interfiera con mi tratamiento y cumplimiento. Entiendo que después de tres (3) cartas de incumplimiento (advertencias) seré despedido como paciente de CCMC.

*If I am terminated as a CCMC patient, I can reapply after six (6) months. If I am terminated a second time, I can reapply after one year.*

- Si me dan de baja como paciente de CCMC, puedo volver a presentar la solicitud después de seis (6) meses. Si me despiden por segunda vez, puedo volver a presentar la solicitud después de un año.

*I understand that if I am not fluent in English, I must bring an interpreter with me to all appointments and procedures that are scheduled outside of CCMC. If I must cancel because I do not have an interpreter, I must do so 48 hours in advance of the appointment. Failure to do so will result in a warning.*

- Entiendo que si no hablo inglés con fluidez, debo llevar un intérprete a todas las citas y procedimientos programados fuera de CCMC. Si debo cancelar porque no tengo intérprete, debo hacerlo con 48 horas de anticipación a la cita. De no hacerlo resultará en una advertencia.

*I understand that CCMC is a nonprofit organization registered in the State of Arkansas that provides healthcare to uninsured residents in Garland, Hot Springs, and Montgomery counties.*

- Entiendo que CCMC es una organización sin fines de lucro registrada en el estado de Arkansas que brinda atención médica a residentes sin seguro en los condados de Garland, Hot Springs y Montgomery.

*I understand that to be eligible as a CCMC patient, I must have no medical insurance, veterans benefits, Medicare, or Medicaid, and that I am in need of medical care that I cannot afford.*

- Entiendo que para ser elegible como paciente de CCMC, no debo tener seguro médico, beneficios para veteranos, Medicare o Medicaid, y que necesito atención médica que no puedo pagar.

*The licensed healthcare professionals that work at CCMC are volunteers who donate their services to provide care for my wellbeing. They are licensed by the State of Arkansas in their respective fields. I understand that they are immune from civil liability and protected by the Volunteer Licensed Health Care Professional Immunity Act.*

- Los profesionales de la salud autorizados que trabajan en CCMC son voluntarios que donan sus servicios para brindar atención a mi bienestar. Tienen licencia del Estado de Arkansas en sus respectivos campos. Entiendo que son inmunes a la responsabilidad civil y están protegidos por la Ley de Inmunidad de Profesionales de Atención Médica Voluntarios con Licencia.

*I understand that care from a CCMC volunteer physician does not entitle me to be seen at the physician's private practice.*

- Entiendo que la atención de un médico voluntario de CCMC no me da derecho a ser atendido en el consultorio privado del médico.

*I authorize that my complete medical history will be provided to the clinic.*

- Autorizo que mi historial médico completo sea proporcionado a la clínica.

*If I am referred to another provider, I agree that my confidential medical records at CCMC may be copied and shared with that provider.*

- Si me derivan a otro proveedor, acepto que mis registros médicos confidenciales en CCMC puedan copiarse y compartirse con ese proveedor.

*I will be considerate of other patients, CCMC staff and volunteers, and CCMC Property.*

- Seré considerado con otros pacientes, el personal y los voluntarios de CCMC y la propiedad de CCMC.

*The financial information I have provided is correct. If it is not correct, I understand I can be held legally responsible.*

- La información financiera que he proporcionado es correcta. Si no es correcto, entiendo que se me puede considerar legalmente responsable.

*I give CCMC permission to contact my employer to confirm my income.*

- Doy permiso a CCMC para contactar a mi empleador para confirmar mis ingresos

*I have read and agree to abide by the policies and rules of CCMC. / He leído y acepto cumplir con las políticas y reglas de CCMC.*

---

*Patient Signature / Firma del paciente*

---

*Date / Fecha*

---

***To be completed by CCMC / Para ser completado por CCMC***

---

*Color Level / Nivel de color*

\$ 

---

 Administration Fee / Tarifa de Administración

*CCMC staff confirm that the patient has read or reviewed if necessary and understands the Patient Agreement / El personal de CCMC confirma que el paciente ha leído o revisado, si es necesario, y comprende el Acuerdo del Paciente.*

---

*CCMC Staff Signature / Firma del personal de CCMC*

---

*Date / Fecha*

***Page Blank /***  
**Página en blanco**



## Patient Registration Questionnaire / Cuestionario de registro de pacientes

The following information will be used by nursing staff to determine eligibility for possible day clinic appointments for new applicants / El personal de enfermería utilizará la siguiente información para determinar la elegibilidad para posibles citas en la clínica diurna para nuevos solicitantes.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Name / nombre \_\_\_\_\_  
Mo/Mes Day/Día Year/año  
Birth Date / fecha de nacimiento

After you are registered as a patient, what do you want CCMC to do for you? /  
Una vez registrado como paciente, ¿qué desea que CCMC haga por usted? \_\_\_\_\_

What medications are you taking at this time? (Bring all bottles of medication that you are currently taking to your first appointment) / ¿Qué medicamentos estás tomando en este momento? (Traiga todos los frascos de medicamentos que esté tomando actualmente a su primera cita):

Have you been taking any prescription pain medication for more than three months? / ¿Ha estado tomando algún analgésico recetado durante más de tres meses?  Yes / Si  No

If yes, which ones? / En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Who was the last doctor you saw? / ¿Quién fue el último doctor que viste? \_\_\_\_\_

Where? / ¿Dónde? \_\_\_\_\_ When? / ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Why? / ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Last Hospitalization and Date / Última hospitalización y fecha: \_\_\_\_\_

Last ER visit and date / Última visita a urgencias y fecha: \_\_\_\_\_

Last inpatient psychiatric care / Última atención psiquiátrica hospitalaria: \_\_\_\_\_

Have you ever been diagnosed and treated for / ¿Alguna vez le han diagnosticado y tratado:

- Diabetes \_\_\_\_\_  Yes / Si  No
- Insulin \_\_\_\_\_  Yes / Si  No
- Hypertension / Hipertensión \_\_\_\_\_  Yes / Si  No
- Heart Disease / Cardiopatía \_\_\_\_\_  Yes / Si  No
- Stent \_\_\_\_\_  Yes / Si  No
- Coronary Bypass / Bypass coronario \_\_\_\_\_  Yes / Si  No
- Cancer / Cáncer \_\_\_\_\_  Yes / Si  No

Have you ever had major surgery? / ¿Alguna vez ha tenido una cirugía mayor?  Yes / Si  No

What was the surgery? / ¿Cuál fue la cirugía? \_\_\_\_\_

List any drug allergies / Enumere cualquier alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_

***Page Blank /***  
**Página en blanco**

**QUESTIONNAIRE FOR ALL PATIENTS REQUESTING DENTAL CARE /  
CUESTIONARIO PARA TODOS LOS PACIENTES QUE SOLICITAN ATENCIÓN DENTAL**

*Patient Name / Nombre del paciente* \_\_\_\_\_

*Are you taking any blood thinners? / ¿Estás tomando algún anticoagulante?*  Yes / Si  No

*If "yes," which medications are you taking? / En caso afirmativo, ¿qué medicamentos está tomando?*

Coumadin  Plavix  Aggrelox  Effient  Xarelto  Aspirin  Other/Otro \_\_\_\_\_

*List any drug allergies / Enumere cualquier alergia a medicamentos:* \_\_\_\_\_

- *Do you have high blood pressure (hypertension)? / ¿Tiene presión arterial alta (hipertensión)?*  
 Yes / Si  No
- *Do you have a bleeding disorder or are you a "free bleeder"? / ¿Tiene un trastorno hemorrágico o es un "sangrado libre"?*  
 Yes / Si  No
- *Have you had a blood transfusion or been treated for low blood count? / ¿Ha recibido una transfusión de sangre o ha sido tratado por un recuento sanguíneo bajo?*  Yes / Si  No
- *Have you been diagnosed with HIV, Hepatitis B, or Hepatitis C? / ¿Le han diagnosticado VIH, hepatitis B o hepatitis C?*  Yes / Si  No
- *Have you had joint replacement surgery? / ¿Se ha sometido a una cirugía de reemplazo de articulaciones?*  Yes / Si  No
- *If "yes," who was your doctor? / En caso afirmativo, ¿quién fue su médico?* \_\_\_\_\_
- *Do you take medication for osteoporosis? / ¿Tomas medicamentos para la osteoporosis?*  
 Yes / Si  No
- *Which medications are you taking? / ¿Qué medicamentos estás tomando?*  
 Fosamax  Aredia  Boniva  Reclast  Other / Otro \_\_\_\_\_
- *Have you had radiation treatment? / ¿Ha recibido tratamiento de radiación?*  
 Yes / Si  No
- *When? / ¿Cuándo?* \_\_\_\_\_
- *Have you had a heart stent procedure? / ¿Se ha sometido a un procedimiento de stent cardíaco?*  
 Yes / Si  No

*Are there other medical problems that the dentist needs to know? / ¿Existen otros problemas médicos que el dentista deba conocer?* \_\_\_\_\_

*Patient Signature/Firma del paciente* \_\_\_\_\_ *Date/Fecha* \_\_\_\_\_

**Recommendation by Reviewing Practitioner**

- No unusual problems
- Suggest lab and more clinical evaluation before extraction
- Evidence to support infection that should be treated before extraction

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

***Page Blank /***  
**Página en blanco**