

Cooperative Christian Ministries and Clinic

133 Arbor Street
Hot Springs, AR 71901-3535

PATIENT APPLICATION INSTRUCTION SHEET

YOU MUST DROP OFF COMPLETED APPLICATION WITH THE DOCUMENTATION REQUIRED LISTED BELOW. **APPLICATIONS WITHOUT PROPER INCOME WILL NOT BE ACCEPTED AT DROP OFF.** THE REGISTRAR WILL REVIEW AND CALL TO SCHEDULE APPOINTMENT TO COMPLETE REGISTRATION.

CCMC DOES NOT ACCEPT INDIVIDUALS WITH OR WITH ACCESS TO THE FOLLOWING: AFFORDABLE MEDICAL INSURANCE, MEDICARE, MEDICAID OR VETERAN BENEFITS

YOU **MUST** PRESENT THE FOLLOWING ITEMS REQUIRED WHEN DROPPING OFF APPLICATION IF APPLICABLE TO YOU IN ORDER TO COMPLETE REGISTRATION.

- 1) A valid picture ID.
- 2) Documentation of government services (Benefit Verification Worksheet- Medicaid, SNAP, WIC, Disability, Child support)
- 3) Current filed income tax Form 1040, W-2, or 1099 **for all household members.**
- 4) Proof of **all income** for the current three (3) months. If the check stub has a year-to-date total, then the most recent is needed.

This includes any form of a Social Security-Benefit letter, unemployment statement, check stubs, child support, SSI, pensions, IRA, etc.

a) For self

b) AND for each person living at this address that receives an income

c) If income is paid in cash, please complete the **CASH INCOME STATEMENT** (last page of this application). The employer's (**NOT THE APPLICANT'S**) signature **MUST** be notarized.

5) Other information

a) HUD housing, for anyone living in the household who gets housing assistance.

6) The attached forms **must** be completed for the household.

APPLICATIONS WILL NOT BE ACCEPTED FOR REVIEW WITHOUT PROOF OF INCOME

There is a \$5.00 registration fee.

Cooperative Christian Ministries and Clinic

133 Arbor Street

Hot Springs, AR 71901-3535

HOJA DE INSTRUCCIONES DE SOLICITUD PARA PACIENTES

DEBE ENTREGAR LA SOLICITUD COMPLETA CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN. **LAS SOLICITUDES SIN INGRESOS ADECUADOS NO SERÁN ACEPTADAS EN LA ENTREGA.** LA REGISTRADORA REVISARÁ Y LLAMARÁ PARA PROGRAMAR UNA CITA PARA COMPLETAR EL REGISTRO.

CCMC NO ACEPTA PERSONAS CON O CON ACCESO A LOSIGUIENTE: SEGURO MÉDICO ASEQUIBLE, MEDICARE, MEDICAID O BENEFICIOS DE VETERANOS.

DEBE PRESENTAR LOS SIGUIENTES ELEMENTOS REQUERIDOS AL DEJAR LA SOLICITUD, SI CORRESPONDE, PARA COMPLETAR EL REGISTRO.

- 1) Una identificación con foto válida
- 2) Documentación de servicios gubernamentales (Hoja de trabajo de verificación de beneficios: Medicaid, SNAP, WIC, discapacidad, manutención infantil)
- 3) Formulario de impuesto sobre la renta presentado actualmente 1040, W-2 o 1099 para todos los miembros del hogar
- 4) Comprobante de todos los ingresos de los tres (3) meses actuales. Si el talón de cheque tiene un total del año hasta la fecha, entonces se necesita el más reciente.

Esto incluye cualquier forma de carta de Beneficios del Seguro Social, declaración de desempleo, talones de cheques, manutención de los hijos, SSI, pensiones, IRA, etc.

a) Para uno mismo

b) Y por cada persona que vive en esta dirección que reciba un ingreso

c) Si los ingresos se pagan en efectivo, complete el ESTADO DE RESULTADOS EN EFECTIVO (última página de esta solicitud). La firma del empleador DEBE ser notariada.

- 5) Otros datos
 - a) Vivienda HUD, para cualquier persona que viva en el hogar que reciba asistencia de vivienda
- 6) Los formularios adjuntos **deben** completarse para el hogar.

LAS APLICACIONES NO SERAN ACEPTADAS SIN PRUEBAS PREVIAS DE INGRESO

Hay una tarifa de inscripción de \$ 5.00.

CCMC

Cooperative Christian Ministries & Clinic

133 Arbor Street

Hot Springs, AR 71901

PATIENT APPLICATION

To be completed by Clinic Staff / Para completarse únicamente por personal de la Clínica

Registration Date ____/____/____

Registrar's Initials _____

Patient Name _____

Date ____/____/____

Nombre del Paciente

Fecha actual Mo/Mes Day/Día Year/Año

Date of Birth ____/____/____ Social Security Number ____ - ____ - ____

Fecha de Nacimiento

Mo/Mes day/día yr/año

No. de Seguro Social

Gender Male Female Years of Education _____

Hombre

Mujer

(include kindergarten through last grade or year of college) (Incluyendo kínder)

Check all that apply: U.S. Citizen Permanent U.S. Resident (Green Card) Work Visa Veteran Other

Patient Address _____

Dirección del paciente

City _____

State _____

Zip Code _____

County _____

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Telephone (____) ____ - ____

Teléfono

Person to contact in Emergency _____

Persona de Contacto en caso de emergencia

Name (Nombre)

Relationship (Parentesco) _____ Telephone (____) ____ - ____

Employed: Full Time Part Time Self-Employed Retired Disabled Unemployed

Empleado: De Tiempo Completo

De Medio Tiempo

Trabaja por cuenta propia

Jubilado

Incapacitado

desempleado

Employer Information (If Unemployed give information for previous employer/If self-employed list self)

Información acerca de su patrón _____ Occupation _____

Nombre del patrón o compañía

Ocupación

Employer Address _____

Dirección del Patrón/Compañía

Telephone Number (____) ____ - ____ Hours Worked per week _____ Length of employment _____

Teléfono del Patrón/Compañía

¿Cuántas horas trabaja a la semana?

¿Cuánto tiempo lleva en este trabajo?

Employment: Start Date _____ Ending Date _____ AMOUNT OF INCOME \$ _____

Trabajo

La fecha que comenzó

Fecha que dejó el trabajo

Cuanto gana

May we call your Employer? Yes/Si No

¿Podemos contactar a su patrón?

Is Insurance Available Through Your Employer? Yes/ Sí No

¿Hay seguro médico disponible a través de su patrón?

Marital Status: Single Married Widowed Separated Divorced

Estado civil:

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Separado/a

Divorciado/a

Spouse/Partner Name _____ Spouse/Partner SS# _____

Nombre del cónyuge o pareja

de seguro social

Spouse's Date of Birth (Mo/Day/Year) ____/____/____

Fecha de nacimiento del cónyuge (esposo/esposa)

Mes día año

Number of Children _____ Number of children in Household under 18 _____

(Cuantos Hijos tiene)

(Cuantos hijos en la casa menores de 18)

To be completed by Clinic Staff

Para completarse únicamente por personal de la Clínica

If Taxes not used state reason _____ Patient ID # _____

Language for calls to be made in _____ Color _____

List all individuals living in your house except yourself, their relationship to you, and proof of income for all persons.
 Información acerca de los que viven en su casa excepto a ti mismo, prueba de ingresos de TODAS las personas que trabajan:

Household Member's Name Nombre de los que viven en la casa	Relationship Parentesco	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Gender Hombre/ Mujer	Income Ingresos
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Have you applied for Medicare? Yes/ Sí No
 ¿Tiene usted Seguro Médico de cualquier tipo o ha metido solicitud para obtener "Medicaid" o "Medicare"?

Have you applied for Medicaid? Yes/ Sí No If yes, is Medicaid approved or pending? Yes/ Sí No
 ¿Ha aplicado para Medicaid? Yes/ Sí No ¿Tiene usted "Medicaid" aprobado O pendiente?

Do you have medical insurance of any type? Yes/ Sí No
 ¿Tiene algún otro tipo de seguro médico?

If Yes, Please explain _____
 De ser así, explíquese

IF YOU HAVE HEALTH INSURANCE OR ARE ELGIBLE FOR HEALTH INSURANCE OF ANY TYPE YOU ARE NOT ELIGIBLE FOR SERVICES
SI USTED CUENTA CON UN SEGURO MEDICO O ES USTED CANDIDATO PARA OBTENER SEGURO MEDICO
DE CUALQUIER TIPO, USTED NO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS

(Unless insurance premium is more than 10% of gross income)

Spouse's Employer (list self if self-employed) _____ Occupation _____
 Patrón de su cónyuge Ocupación

Employer Address _____
 Dirección del patrón

Telephone Number (_____) _____ - _____ Hours Worked per week _____ Length of employment. _____
 Teléfono del patrón Número de horas que trabaja por semana ¿Cuánto tiempo tiene con este patrón?

Employed: Full Time Part Time Self-Employed Retired Disabled Unemployed
 Empleado: de tiempo completo de medio tiempo Trabaja por cuenta propia Jubilado Incapacitado

Is Insurance Available Through Your Spouse's Employer? Yes/ Sí No
 ¿Hay seguro médico disponible a través del patrón de su cónyuge?

If Yes, please explain _____
 De ser así, explíquese

Resources: Do you or any dependents in your home have any of the following?
 Recursos: ¿Tiene usted o alguno de los dependientes que viven con usted cualquier de lo siguiente?

Do you receive rent for your home or part of your home (i.e. a room) Yes/ Sí No
 ¿Recibe usted renta para su casa o una parte de ella (como un cuarto)?

If Yes/ Sí Amount _____ How often received _____
 De ser así Cantidad Con cuanta frecuencia

Explain/Explíquese _____

List address(es) of any other property or business your household owns _____
 Anote abajo cualquier otra propiedad o negocio que tiene su familia:

Basic Assets**Value
Valor****Liabilities/Deudas****Creditors/ Acreeedores****Debt/Deuda**

Cash on Hand / En efectivo	\$ _____	_____	\$ _____
Checking / Cuenta corriente	\$ _____	_____	\$ _____
Savings / Ahorros	\$ _____	_____	\$ _____
Real Estate / Bienes raíces	\$ _____	_____	\$ _____
Properties / Propiedades	\$ _____	_____	\$ _____
Stocks, Bonds&/or Royalties	\$ _____	_____	\$ _____
Acciones de la bolsa y regalía	\$ _____	_____	\$ _____
401 K Plans/Planes de Retiro	\$ _____	_____	\$ _____
IRA	\$ _____	_____	\$ _____
Money Markets / Mercado monetario	\$ _____	_____	\$ _____
Annuities / Anualidades/Pensiones	\$ _____	_____	\$ _____
Car # 1 / Carro #1	\$ _____	_____	\$ _____
Cars (Additional Vehicles) Autos adicionales	\$ _____	_____	\$ _____
Trucks, Trailers, Boats, Motorcycles, RV's Camiones, remolques, motos, etc.	\$ _____	_____	\$ _____
Farm Equipment, Machinery, Livestock Maquinaria agrícola, ganado	\$ _____	_____	\$ _____

HOUSEHOLD EXPENSES**Gastos del Hogar**

Rent /Renta	\$ _____
Utilities / Utilidades	\$ _____
Food / Alimentos (comida)	\$ _____
Gas for Car / Gas del auto	\$ _____
Phone / Teléfono	\$ _____
Clothing / Ropa	\$ _____
Cable/Internet Cable/ internet	\$ _____
Home Insurance / Seguro de Casa	\$ _____
Car Insurance / Seguro de Autos	\$ _____
Real Property Taxes Impuestos sobre propiedad de inmuebles	\$ _____
Personal Property Taxes Impuestos de Propiedad Personal	\$ _____

MEDICAL/DENTAL/VISION**Gastos Médicos/ dentales / de visión**

Medical Fees /Compensación medica	\$ _____
Doctors Fees / Compensación a los médicos	\$ _____
Prescriptions / Medicamentos	\$ _____
Dental Fees/ Tarifas Dentales	\$ _____
Vision Fees/ Tarifas de Visión	\$ _____
<u>OTHERS / Otros</u>	
Child Support/Manutención de menores	\$ _____
<u>Payment's for LOANS / Pagos de Préstamos</u>	
Credit Cards / Tarjetas de crédito	\$ _____
Student Loans/Préstamos para estudiantes	\$ _____
Car Payments / Pagos del auto	\$ _____
Mortgage / Hipoteca	\$ _____

CCMC is able to provide medicine to its patients as CCMC obtains medicine from over 100 pharmaceutical companies through special programs that administer to low-income patients. These programs vary from company to company and require specific information about the patient, the patient's financial status, medical problems, etc. Applications for these programs must be filled out completely and accurately. They require the patient or their agent to provide this information and sign the application. In order to administer these programs CCMC must have authorization from the patient to provide the required information and sign the application as the patient's agent.

By my signature on this application, I grant CCMC's Drug Assistance Program (DAP) worker authorization to sign applications for medicine on my behalf. I also authorize the use of information I provide in applying for medicine on my behalf.

I hereby affirm that all information which I have given is true and correct and I understand that CCMC may verify my information. I agree to notify CCMC within ten (10) days if I obtain medical insurance or access to medical insurance, Medicare, or Medicaid, or if my financial situation improves, possibly making me ineligible as a CCMC patient.

Signature _____ Date _____

La Clínica puede proveer medicamentos a sus pacientes a medida que obtiene medicamentos de más de 100 compañías farmacéuticas a través de programas que administran a los pacientes de escasos recursos. Estos programas varían de compañía en compañía y requieren información específica sobre el estado financiero de los pacientes, el problema médico, etc. Las solicitudes para estos programas deben llenarse completa y correctamente. Requieren que el paciente, o su agente, provean esta información y firme la solicitud. Para poder administrar estos programas la Clínica tiene que tener la autorización del paciente para proveer la información requerida y para poder firmar la solicitud como el agente del paciente.

SI USTED NO TIENE UN NUMERO DES SEGURO SOCIAL, PUEDE SER QUE NO PODAMOS PROVEERLE MEDICAMENTOS, SINO QUE TENDRA QUE COMPRARLOS APARTE, PERO SI PUEDE VER A UN MEDICO AQUÍ.

Por medio de mi firma en esta solicitud concedo al DAP (Drug Assistance Program) de la Clínica o su representante a firmar solicitudes para medicamentos de mi parte. Además, autorizo el uso de la información que he provisto para pedir medicamentos de mi parte.

Juro que toda la información que he dado es verdad y correcta y entiendo que la Clínica puede comprobar mi información. Prometo notificar a la Clínica dentro de 10 días si obtengo seguro médico. Si llego a tener acceso a seguro médico a través del empleador o llego a tener "Medicare" o "Medicaid", o si me estado financiero mejora, posiblemente haciéndome inelegible para ser paciente de la Clínica CCMC también informare a la Clínica.

Firma _____ Fecha _____

COPERATIVE CHRISTIAN MINISTRIES & CLINIC (CCMC)
PATIENT AGREEMENT

1. I understand that the Cooperative Christian Ministries & Clinic (CCMC) is a non-profit charity organization registered in the State of Arkansas for the purpose of providing medical care to the uninsured residents in Garland County, Arkansas and the surrounding counties.
2. I understand that to be eligible for services of the clinic. I must be in need of medical care, have NO medical insurance. Veterans Benefits. Medicare. or Medicaid and cannot afford MEDICAL CARE.
3. CCMC is a Christian organization providing services as an act of Christian kindness. I may receive spiritual help or guidance at my request. Services are provided regardless of race, creed, religion, immigration status or sexual orientation.
4. Physicians who work in the clinic are volunteering their services during CCMC clinic hours only. Being treated by a physician at CCMC does not entitle patients to be seen at the physician's private office unless specifically arranged at the physician's request.
5. By my signature below, I agree that any pharmaceutical company providing my medication may audit my medical/pharmacy records.
6. I understand that I must be considerate of the rights of other patients, CCMC staff and property. I realize that my privileges may be terminated as the result of disrupting the clinic in any way including inappropriate behavior, demeaning the clinic or employees, damage or theft of clinic property, etc.
7. CCMC may refer me to other agencies or other medical providers, subject to my approval, but the clinic is not responsible for financial obligations I make with outside providers, hospitals or health centers.
8. I must follow the course of treatment given to me by a CCMC physician or it may result in termination of my patient privilege. I will inform the clinic if I have unexpected difficulties with my health care or do not clearly understand my treatment plan.
9. I will authorize that my current, complete and accurate medical history, including all treatments, prescribed and over-the-counter medications be provided to the clinic.
10. The medical personnel working in the clinic are licensed by the State of Arkansas in their respective fields and are volunteering their time and services without charge to me for my welfare.
11. The physicians and health care professionals in CCMC rendering voluntary medical services are immune from civil suit per the Volunteer Licensed Health Care Professional Immunity Act.
12. If I am referred to another provider, I agree that my confidential medical records at CCMC may be copied and sent to the provider.
13. CCMC is a smoke-free facility including the building and parking lot.
14. My photograph may be taken during clinic activities, and I do not object to the use of my photograph for CCMC promotional purposes.
15. There is an administration fee charged based on my income level determined at registration time for all medical visits.
16. Pharmacy administration will no longer be included in our clinical administration fee.
17. I will arrive on time for all appointments or call at least 24-hours in advance to cancel and provide the clinic with any contact information changes such as phone number, address, etc.
18. If I am terminated due to noncompliance, I will not be able to reapply for services for 6 months up to one year following.
19. Patient Signature _____ Date ___/___/___ Witness _____

m day year

CCMC Staff confirmed that patient has read and understands patient agreement or reviewed if necessary. Staff Initials:

Staff Initials _____

Date: _____



Cooperative Christian Ministries & Clinic

Acuerdo del paciente

1. Entiendo que la Cooperative Christian Ministries & Clinic (CCMC) es una organización benéfica sin fines de lucro registrada en el estado de Arkansas con el propósito de proporcionar atención médica a los residentes no asegurados en el condado de Garland, Arkansas y los condados cercanos.
2. Entiendo que, para calificar para los servicios de la Clínica, debo necesitar cuidado médico y no debo tener NINGUNA FORMA de seguro médico incluyendo Medicare o Medicaid y no puedo hacer el gasto de verme con un MEDICO.
3. CCMC es una organización cristiana que brinda servicios como un acto de bondad cristiana. Puedo recibir ayuda espiritual u guía a petición mía. Los servicios se prestan independientemente de su raza, credo, religión, estatus migratorio u orientación sexual.
4. Los médicos que trabajan en la clínica están ofreciendo sus servicios como voluntarios solo durante las horas de la clínica. Ser tratado por un médico en CCMC no da derecho a que los pacientes sean atendidos en el consultorio privado del médico a menos que se organice específicamente a petición del médico.
5. Por mi firma a continuación, acepto que cualquier compañía farmacéutica que proporcione mi medicamento puede auditar mis registros médicos/farmacéuticos.
6. Entiendo que debo ser considerado con los derechos de otros pacientes, personal y propiedad de CCMC. Me doy cuenta de que mis privilegios pueden ser terminados como resultado de interrumpir la clínica de cualquier manera, incluyendo comportamiento inapropiado, degradación de la clínica o empleados, daños o robo de propiedad de la clínica, etc.
7. CCMC puede referirme a otras agencias u otros proveedores médicos, sujeto a mi aprobación, pero la clínica no es responsable de las obligaciones financieras que hago con proveedores externos, hospitales o centros de salud.
8. Debo seguir el curso del tratamiento que me ha dado un médico de CCMC o puede resultar en la terminación de mi privilegio. Informaré a la clínica si tengo dificultades con mi atención médica o no entiendo claramente mi plan de tratamiento.
9. Autorizaré que mi historia clínica actual, completa y precisa, incluyendo todos los tratamientos, prescritos y medicamentos de venta libre sean proporcionados a la clínica.
10. El personal médico que trabaja en la clínica está autorizado por el estado de Arkansas en sus respectivos campos, y están ofreciendo su tiempo y servicios sin cargos para mi bienestar.
11. Los médicos y profesionales de la salud en CCMC que presta servicios médicos voluntarios son inmunes a la demanda civil de acuerdo con la Ley de Inmunidad profesional de atención médica con licencia de voluntarios.
12. Si me remiten a otro proveedor, acepto que mis registros médicos confidenciales en CCMC pueden ser copiados y enviados al proveedor.
13. CCMC es una clínica libre de humo que incluye el edificio y el estacionamiento.
14. Mi fotografía puede ser tomada durante las actividades de la clínica y no me opongo al uso de mi fotografía con fines promocionales de CCMC.
15. Hay una tarifa de administración que se cobra en función de mi nivel de ingresos determinado en el momento del registro para todas las visitas médicas.
16. La administración de farmacias ya no estará incluida en nuestra tarifa de administración clínica
17. Llegaré a tiempo para todas las citas o llamaré con al menos 24 horas de antelación para cancelar y proporcionar a la clínica cualquier cambio de información de contacto, como el número de teléfono, dirección, etc.
18. Si soy despedido debido a un incumplimiento, podré volver a solicitar los servicios un año después de la fecha de mi terminación.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____ Testigo _____
Mes día año

El personal de CCMC confirmó que el paciente ha leído y comprende el acuerdo del paciente o revisado si es necesario.

Iniciales de personal: _____ Fecha: _____

Cooperative Christian Ministries & Clinic



Appointment Responsibility Policy

Patient Name: _____

____ I understand that I must keep my appointment. If for any reason, I will be late to my appointment it is my responsibility to call and notify my healthcare provider.

____ If I am more than 15 minutes late without a phone call, I understand I will not be seen and I will be charged a no-show fee. A No-Show fee must be paid at rescheduled appointment in order to be seen.

____ If I am unable to keep my appointment, I MUST call CCMC 24 hours in advance to cancel my appointment. Failure to cancel within the above time frame will result in a no-show fee.

- A No-show appointment with a physician or specialist outside CCMC will result in a \$40 charge.
- A No-show charge at CCMC will be twice the cost of my office visit fee.

____ I understand that if I am not fluent in English, I must take a translator with me to all appointments and or procedures scheduled for me outside of CCMC. Failure to do so will result in a strike on my account. If I must cancel the appointment because of no translator, I must do so 48 hours in advance or receive a strike.

____ I will be terminated as a patient after my 3rd noncompliance letter and may only reapply for services a year after the date of termination.

____ **3 strike rules:**

A strike will be given for no shows, failure to pick up medication and follow treatment given by our physicians, not presenting finger stick reading, frequent cancellations (3 cancellations in a 6-month period) (anything that interferes with treatment & compliance of patient.)

- Cancellation number 501-623-8850

Patient Signature

Date

Color Level _____

Admin Fee \$ _____

Cooperative Christian Ministries & Clinic



Política de Responsabilidad con citas

Nombre del paciente: _____

___ Entiendo que debo cumplir con mi cita. Si por alguna razón llego tarde a mi cita, es mi responsabilidad llamar y notificar a mi proveedor de atención médica.

___ Si llego más de 15 minutos tarde sin una llamada telefónica, entiendo que no me verán y me cobrarán una tarifa de no presentación. La tarifa de no presentación debe pagarse en la cita reprogramada para ser visto.

___ Si no puedo asistir a mi cita, DEBO llamar a CCMC **con 24 horas de anticipación** para cancelar mi cita. Si no se cancela dentro del marco de tiempo anterior, se producirá una tarifa por no presentarse.

- Una Cita sin presentarse con un medico o especialista afuera de CCMC resultará en un cargo de \$40
- Un cargo por no presentarse en CCMC sera el doble del costo de mi tarifa de visita al consultorio.

___ Entiendo que, si no hablo inglés con fluidez, debo llevar a un traductor conmigo a todas las citas y/o procedimientos programados para mí fuera de CCMC. De lo contrario, se producirá una falta en mi cuenta. Si debo cancelar la cita debido a la falta de traductor, debo hacerlo con 48 horas de anticipación o recibir una falta.

___ Seré despedido como paciente después de mi tercera carta de incumplimiento y solo podré volver a solicitar los servicios un año después de la fecha de terminación.

___ Regla de 3 faltas:

Se dará una falta por no presentarse, no recoger la medicación y seguir el tratamiento dado por nuestros médicos, no presentar las anotaciones del chequeo de azúcar en el dedo. Cancelaciones frecuentes (3 cancelaciones en un período de 6 meses) (cualquier cosa que interfiera con el tratamiento y el cumplimiento del paciente).

- Número de cancelación 501-623-8850

Firma del paciente

Fecha

Nivel de color _____

Tarifa de administración \$ _____

PHI Communication Form
Cooperative Christian Ministries & Clinic

PLEASE PRINT

I, _____, hereby authorize verbal release of my Protected Health Information (PHI) for discussion of my care to the person(s) specified below. Ref: 45 CFR 164.502(F) and 164.502(G)

_____ Name (Primary Contact)	_____ Relationship to Patient	_____ Phone
_____ Name (Primary Contact)	_____ Relationship to Patient	_____ Phone
_____ Name (Primary Contact)	_____ Relationship to Patient	_____ Phone

Note: This form does not give the referenced person(s) permission to make health care decisions for the patient or entitle them to paper or electronic copies of the patient's medical record. We will not release via the telephone or any other means of communication any information to any friends or family members not listed above unless the patient has an opportunity to object and chooses not to object (documented) or if it is reasonable to infer that the patient does not object (such as when a patient brings a spouse into the room when treatment is being discussed.)

Exception: The release is needed in emergency situations.

Please provide directions regarding the following:

- Is it okay for us to leave a message on your answering machine or voice mail? Yes No
(i.e., We may leave a message regarding appointment reminders, scheduling changes or notices that lab results are in on your voicemail. Would this process be acceptable to you?)
- Is it okay for us to leave a message with someone for the patient to return our call? Yes No
(i.e., We may leave a message regarding appointment reminders, scheduling changes, or notices that lab results are in with an individual who answers the phone. Would this process be acceptable to you?)

Acknowledgement Statement: Mark One.

- I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices and received a copy. (OR)
- I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices and declined a copy.

Signature of Patient or Legal Representative _____ Date: _____

Printed Name: _____ Relationship to Patient _____

Note: Except to the extent that action has already been taken in reliance upon this PHI Communication Resource Form, at any time I can revoke this form by submitting a notice in writing to the Clinic Administrator at this location.



Forma de comunicación de PHI

Caridad cristiana Clínica médica

Usar letra de molde, por favor

Yo _____ por este medio autorizo a la CCMC compartir información protegida sobre mi salud para discutir mi cuidado médico con personas nombradas abajo. (Ref. 45 CFR 164.502(F) y 1640502(G).

_____	_____	_____
Nombre del primer contacto	Parentesco	Teléfono
_____	_____	_____
Nombre	Parentesco	Teléfono
_____	_____	_____
Nombre	Parentesco	Teléfono

Nota: Este formulario no da permiso a la(s) persona(s) referenciada(s) para tomar decisiones de atención médica para el paciente ni le da derecho a copias en papel o electrónicas del registro médico del paciente. No divulgaremos por teléfono o cualquier otro medio de comunicación ninguna información a ningún amigo o familiar no mencionado anteriormente a menos que el paciente tenga la oportunidad de objetar y elija no objetar (documentado) o si es razonable inferir que el paciente no se opone (como cuando un paciente trae a un cónyuge a la habitación cuando se discute el tratamiento).

Excepción: Si la liberación es necesaria en situaciones de emergencia.

Por favor dar instrucciones respecto a lo siguiente:

- ¿Está bien que dejemos un mensaje en su contestador automático o correo de voz? Yes No
(es decir, podemos dejar un mensaje con respecto a los recordatorios de citas, cambios en la programación o avisos de que los resultados de laboratorio están en su correo de voz. ¿Sería este proceso aceptable para usted?)
- ¿Está bien que dejemos un mensaje con alguien para que el paciente devuelva nuestra llamada? Yes No
(es decir, podemos dejar un mensaje con respecto a recordatorios de citas, cambios en la programación o avisos de que los resultados de laboratorio están en con una persona que contesta el teléfono. ¿Sería este proceso aceptable para usted?)

Declaración de reconocimiento: Marca uno.

- Me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y he recibido una copia. (or)
- Me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y he rechazado una copia.

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde: _____ Relación con el paciente _____

Nota: Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de este Formulario de recursos de comunicación de PHI, en cualquier momento puedo revocar este formulario enviando un aviso por escrito al Administrador de la Clínica en esta ubicación.



Cooperative Christian Ministries & Clinic

133 Arbor St.

Hot Springs, AR 71901

(501) 623-8850

PATIENT BILL OF RIGHTS

Cooperative Christian Ministries & Clinic (CCMC) respects the rights of the patient and recognizes that each patient is a unique individual with unique health care needs. Due to the importance of respecting each patient's personal dignity, CCMC strives to provide considerate and respectful care focused on individual needs.

The staff of CCMC will endeavor to honor this Bill of Rights:

- A patient has the right to be treated with courtesy and respect, with appreciation for his/her individual dignity and with protection of his/her privacy.
- A patient has the right to a reasonable response to questions and requests.
- A patient has a right to know what type of patient support services are available.
- A patient has a right to know what rules and regulations apply to his/her conduct.
- A patient has the right to be given information concerning diagnosis, planned course of treatment, alternatives, risks, and prognosis.
- A patient has the right to refuse any treatment.
- A patient has the right to impartial access to medical treatment, regardless of race, national origin, or religion.

Please see Patient Agreement



Cooperative Christian Ministries & Clinic

133 Arbor St.

Hot Springs, AR 71901

(501) 623-8850

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Cooperative Christian Ministries & Clinic (CCMC) respeta los derechos de los pacientes reconoce que cada paciente es un individuo único con necesidades únicas de atención médica. Debido a la importancia de respetar la dignidad personal de cada paciente, CCMC se esfuerza por brindar atención considerada y respetuosa centrada en las necesidades individuales.

El personal de CCMC se esfuerza por honrar esta Declaración de Derechos:

1. Un paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad individual y con protección de su privacidad.
2. Un paciente tiene derecho a una respuesta razonable a las preguntas y solicitudes.
3. Un paciente tiene derecho a saber qué tipo de servicios de apoyo al paciente están disponibles.
4. Un paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
5. Un paciente tiene derecho a recibir información sobre el diagnóstico, el curso planificado del tratamiento, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
6. Un paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento.
7. Un paciente tiene derecho a un acceso imparcial al tratamiento médico, independientemente de su raza, origen nacional o religión.

Consulte el Acuerdo del paciente



Cooperative Christian Ministries & Clinic
133 Arbor Street
Hot Springs, Arkansas 71901-3535

Patient Registration and Hours of Operation

The Cooperative Christian Ministries & Clinic (CCMC) is a volunteer organization open to **uninsured and underinsured individuals**.

All CCMC patient applicants **must** complete a patient screening and registration process **before** receiving any medical care or medicine at the clinic. **The patient screening and verification process is done by appointment only.** Applicants **must** furnish supporting documentation at the time the application is reviewed. A patient enrolled through the registration process is issued a CCMC picture identification card.

CCMC's Pharmacy operates under a Charitable Clinic License and is operated by volunteer workers. **The pharmacy hours are every Wednesday from 9:30 A.M. until 2:30 P.M. and 2nd and 4th Thursday 9:30 A.M. until 1:00P.M.** The pharmacy does not stock or dispense any narcotics. It maintains an extensive formulary of medicine. However, medicine out of stock must be purchased by the patient at commercial pharmacy at the patient's expense.

Clinic days and hours are every Wednesdays from 8:30am to 1:00pm (Dr. Bond) and 11:00am to 2:00pm (Dr. Bailey) and 2nd and 4th Thursdays from 8:30am to 1:00pm (Dr. Pullig)

Patient pays according to level set at registration.

Patient should complete application and collect all needed paperwork, including income proof for all household members, and then call for an appointment to recertify one month prior to card's expiration.

Patient should bring to each Doctor visit medicine bottles for all medicines they are taking.



COOPERATIVE CHRISTIAN MINISTRIES & CLINIC
133 Arbor Street
Hot Springs, Arkansas 71901-3535

Registro del Paciente y Horas de Operación

La Clínica y Ministerios Cristianos Cooperativos (CCMC) es una organización de voluntarios abierta a **personas sin seguro y con seguro insuficiente.**

Todos los solicitantes de pacientes de CCMC **deben** completar un proceso de detección y registro de **pacientes antes** de recibir atención médica o medicamento en la clínica. **El proceso de detección y verificación del paciente se realiza** solo con cita previa. Los solicitantes deben proporcionar documentación de respaldo en el momento en que se revisa la solicitud. A un paciente inscrito a través del proceso de registro se le emite una tarjeta de identificación con foto CCMC.

La farmacia de CCMC opera bajo una licencia de clínica caritativa y es operada por trabajadores voluntarios. El horario de la farmacia es todos los Miércoles de **9:30 AM a 2:30 PM** y **2do y 4 Jueves 9:30 AM hasta la 1:30 PM.** La farmacia no almacena ni dispensa ningún Narcótico. Mantiene un extenso formulario de medicina. Sin embargo, los medicamentos agotados deben ser comprados por el paciente en la farmacia comercial a expensas del paciente.

Los días y horarios de la clínica son todos los Miércoles de 8:30am a 2:00pm y 2do y 4to Jueves de 8:30am a 1:00pm

El paciente paga de acuerdo con el nivel establecido en el registro.

El paciente debe completar la solicitud y recoger toda la documentación necesaria, incluida la prueba de ingresos para todos los miembros del hogar, y luego llamar a una cita para volver a certificar un mes antes del vencimiento de la tarjeta.

El paciente debe llevar a cada Visita frascos de medicamentos para todos los medicamentos que esté tomando.



Cooperative Christian Ministries & Clinic

133 Arbor Street, Hot Springs, AR 71901-3535

PATIENT REGISTRATION QUESTIONNAIRE

(The following information will be utilized by nursing staff to determine eligibility for possible day clinic appointment for new applicants)

Name: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____
Nombre del paciente Fecha de Nacimiento mo/ Mes day/día year/año

After you are registered as a patient, what do you want CCMC to do for you?

¿Después de ser inscrito como paciente, que quiere que CCMC haga para usted? _____

What medications are you taking at this time? (Bring all bottles of medication that you are presently taking to your first doctor's visit. We must have old bottles or copies of medical records to begin prescribing medication.)

¿Cuáles son los medicamentos que usted toma actualmente? (Favor de traer con Ud. a la primera cita visita con el medico todas las botellas de los medicamentos que usted toma actualmente.)

Have you been taking any prescription pain medication for more than three months? Yes/Si No

¿Ha estado tomando medicina recetada para dolores, durante más de tres meses?

If yes, which ones? _____

¿Der ser así, Que medicina de dolor de prescripción?

Who was the last Doctor you saw? _____

¿Quién fué el último doctor que lo atendió en los Estados Unidos?

Where? / ¿Dónde? _____ When? / ¿Cuándo? _____

Why? / ¿Por qué? _____

Last Hospitalization _____

Nombre de última internación en hospital

Last ER visit _____

Nombre de última visita a la sala de urgencias

Last Hospitalization Date _____

Ultima fecha de internación en hospital

Last ER visit date _____

Última fecha de visita de la sala de urgencias

Last Inpatient Psychiatric Care _____

Ultima fecha de hospitalización psiquiátrica

Have you ever been diagnosed and treated for:/ A usted le han diagnosticado con y ha sido tratado para:

A. Diabetes Yes/ Sí No Insulin Yes No

B. Hypertension (high blood pressure) YES/ Sí No

Presión alta

C. Heart Disease Yes/ Sí No Stent Yes/Sí No

Enfermedad del corazón

Stent de arteria coronaria

D. Cancer/ Cáncer Yes/ Sí No Coronary Bypass Yes/ Sí No

Bypass de la arteria coronaria

Have you ever had major surgery? / ¿Ha tenido alguna cirugía importante? Yes/ Sí No

If yes, what was your surgery? / Der ser así, explíque: _____

Do you have any drug allergies: Yes/ Sí No

¿Es alérgico a alguna medicina?

If "Yes", to which drugs do you have allergies: _____

Si la respuesta es "sí" ¿a cual o cuales medicinas es alérgico ud.? _____

This page is intentionally blank.

Cooperative Christian Ministries & Clinic

(Cuestionario de Registración)

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

FOR ALL PATIENTS REQUESTING DENTAL CARE
(PARA TODOS LOS PACIENTES QUE SOLICITAN CUIDADO DENTAL)

1. Are you taking any blood thinner medication? Yes (Sí) No

(¿Está tomando algún medicamento para adelgazar la sangre?)

If "Yes" which medication, are you taking? (circle any that apply)

(¿Si "sí" cuales medicamentos está tomando?) (circule todos los que aplican)

Coumadin, Plavix, Aggrelox, Effient, Xarelto, Aspirin, Other (otros) _____

2. Do you have any known drug allergies? Yes (Sí) No

(Conoce que tiene alguna alergia a ciertos medicamentos)

3. Do you have high blood pressure? (hypertension) Yes (Sí) No

(¿Usted tiene la presión arterial alta?) (hipertensión)

4. Do you have any bleeding disorder or ever been called a "free bleeder?" Yes (Sí) No

(¿Tiene algún trastorno hemorrágico o alguna vez llamado una "purga libre?")

5. Have you ever had a blood transfusion or been treated for low blood count? Yes (Sí) No

(¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre o recibido tratamiento para el recuento sanguíneo bajo?)

6. Have you ever been advised that you have HIV or Hepatitis B or C? Yes (Sí) No

(¿Alguna vez ha sido informado que tiene VIH o Hepatitis B o C?)

7. Have you ever had Joint Replacement Surgery? Yes (Sí) No

(¿Alguna vez has tenido una cirugía de reemplazo de articulaciones?)

If yes who was your treating physician? _____

(¿Si "sí" quien fue su médico tratante?)

8. Do you take medication for Bone Health? (osteoporosis) Yes (Sí) No

(¿Toma medicamento para la Salud de los Huesos?) (osteoporosis)

If yes, which medication are you taking? Fosamax, Aredia, Boniva, Reciastr, or other

(¿Si "sí" que medicamento está tomando?) Fosamax, Aredia, Boniva, Reciastr, u otros

9. Have you had radiation treatment? (¿Ha tenido tratamiento de radiación?) Yes (Sí) No

If yes, when? (¿Si "sí," Cuando fue?) _____

10. Have you had a Heart Stent Procedure? Yes (Sí) No

(¿Ha tenido un procedimiento de stent cardiaco?)

11. Are there other medical problems that your dentist needs to know?

(¿Algún otro problema su dentista necesita saber?)

Patient Signature (Firma del Paciente) _____

Date (fecha) _____

Recommendations by Reviewing Practitioner

No unusual problems _____

Suggest lab and more clinical evaluation before extraction _____

Evidence to support infection that should be treated before extraction _____

_____ **Date**

_____ **Signature**

This page is intentionally blank.

CASH INCOME STATEMENT

PROOF OF INCOME/PRUEBA DE INGRESOS

(For use by those who receive their pay in cash/*Para el uso de los que reciben su pago en efectivo.*)

This verifies that (Name of employee) _____

Esto verifica que (Nombre del empleado)

has worked for me since (Date) _____

ha trabajado conmigo desde (Fecha)

performing the following type of work _____

haciendo el siguiente tipo del trabajo

Hours worked per week? _____ **Pay per hour? \$** _____ **Monthly income?** _____

¿Horas trabajadas por semana?

¿Pago por hora?

¿Cantidad por mes?

Paid: weekly Bi-weekly Monthly

Pagado: *Semanal Quincena Mensual*

Company Name : _____

(nombre de compañía)

Employer Signature _____

(Firma de empleador)

Print name _____

(Nombre en letra de molde)

Address _____

(Direccion)

Phone Number _____

(Numero telefonico)

Date _____

(Fecha)

****Signature of the EMPLOYER (Not the Applicant) needs to be verified by NOTARY PUBLIC / La firma del EMPLEADOR**

(No del Apicante) se necesita verificar con un NOTARIO

State of Arkansas

County _____

I, _____, a Notary Public for said County and State,

do hereby certify that _____ personally appeared.

before me this day and acknowledged the due execution of the foregoing instrument.

Witness my hand and official seal, this the _____ day of _____, 20_____.

Notary Public Signature