



Cooperative Christian Ministries and Clinic

133 Arbor Street

Hot Springs, AR 71901-3535

PATIENT APPLICATION INSTRUCTION SHEET

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

DO NOT MAIL APPLICATION. YOU MUST CALL FOR A REGISTRATION APPOINTMENT

CALL THE CLINIC AT 501-623-8850 TO SCHEDULE AN APPOINTMENT TO REGISTER.

YOU **MUST** HAVE THE FOLLOWING ITEMS WHEN YOU COME FOR YOUR INTERVIEW IN ORDER TO COMPLETE YOUR REGISTRATION.

- 1) A valid Arkansas picture ID
- 2) Documentation of enrollment in an Insurance Plan and the Schedule of Benefits from the Plan
- 3) Current filed income tax Form 1040 for all household members. **You must provide IRS Response “NO RECORD OF RETURN FILED” (can be obtained by calling 1-800-829-1040) for all household members who have not filed their personal income tax form 1040 for the current year.**
- 4) Proof of **all income** for the current three (3) months (this includes any form of a Social Security-Benefit letter, unemployment statement, check stubs, child support, SSI, pensions, IRA, etc.)
 - a) For self and
 - 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 signature **MUST** be notarized.
- 5) Other information
 - a) Food stamp letter for **each person** living in the household who gets food stamps
 - b) HUD housing, for anyone living in the household who gets housing assistance
- 6) The attached forms **must** be completed for the household.

To allow time for data entry you will not be able to refill prescriptions or call for an appointment for 24 hours following recertification.

There is a \$5.00 registration fee.

Cooperative Christian Ministries & Clinic
133 Arbor Street, Hot springs, AR 71901-3535
(501-623-8850)
Las Instrucciones para Llenar la Solicitud de Ser Paciente

LEA ESTAS INSTRUCCIONES PRIMERO

Lo lamentamos mucho pero el intérprete no puede estar en esta ocasión. Por eso siempre pedimos que usted venga con alguien que sabe inglés.

Hoja De Instrucciones:

No envíe su solicitud por correo. Debe llamar CCMC para hacer una cita al 501-623-8850

CCMC no acepta personas con acceso a lo siguiente:

1. Seguro médico
2. Medicaid
3. Beneficios para veteranos

Usted debe traer los siguiente documentos para completar su registro:

1. Identificación con foto y válida de Arkansas.
2. Una carta de rechazo de medicaid de departamento de servicios humanos.
3. Forma de impuestos 1040 actual.
4. Forma 4506-T si no declaró impuestos el año pasado y el de ahora.
5. Forma de impuestos 1040 actual para cada miembro adulto que vive en este domicilio.

Prueba de todos los ingresos de los últimos tres meses incluyendo, si cuenta con lo siguiente o cualquier miembro de familia que reciba lo siguiente y viva en la misma dirección con usted:

Carta de beneficios del seguro social; declaración de desempleo, talones de cheques, manutención de hijos, etc.

Otra información

Si alguien en la casa recibe estampillas para comida (food stamps) la Carta de estampillas para comida.

HUD vivienda si alguno obtiene asistencia

Todas las formas adjuntas TIENE que llenarse.

Después de su inscripción tiene que esperar 24 horas para poder surtir recetas o hacer citas.

Hay que pagar \$5.00 para su inscripción.

CCMC

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

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

Registration Date ____/____/____

Registrar's Initials _____

PATIENT APPLICATION

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

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 (____) _____ - _____

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 éste 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 patron?

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's Name _____ Spouse's SS# _____
Nombre del cónyuge # de seguro social

Spouse's Date of Birth (Mo|Day|Year) ____/____/____
Fecha de nacimiento del cónyuge (esposo/esposa) Mes día año

Number of Children (cuantos Hijos tiene) _____ Number in Household (cuantos viven en la casa) _____

Employed: Full Time Part Time Self-Employed Retired Disabled
Empleado: De Tiempo Completo De Medio Tiempo Trabaja por cuenta propia Jubilado Incapacitado

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

If Taxes not used state reason _____ Patient ID # _____

List all individuals living in your house, their relationship to you, and proof of income for all persons.
Información acerca de los que viven en su casa, 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?** Yes/ Sí No

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

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 less 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
 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/ Acreedores****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 / Servicios Públicos	\$ _____
Food / Alimentos (comida)	\$ _____
Gas for Car / Gastos del auto	\$ _____
Phone / Teléfono	\$ _____
Clothing / Ropa	\$ _____
Cable/Satellite / Satélite	\$ _____
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	\$ _____
Vision / Visión	\$ _____
<u>OTHERS / Otros</u>	
Child Support/Manutención de menores	\$ _____
<u>LOANS / 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, the medical problem, 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) dela 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 _____

CHARITABE 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, or religion.
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. The clinic is open from 6:00 PM to 8:00 PM, one night per month, and the clinic is not responsible for my medical care at other times unless referred to day clinic for chronic illness.
13. If I am referred to another provider, I agree that my confidential medical records at CCMC may be copied and sent to the provider.
14. CCMC is a smoke-free clinic including the building and parking lot.
15. My photograph may be taken during clinic activities and I do not object to the use of my photograph for CCMC promotional purposes.
16. There is a \$5.00 administrative fee for each clinic or pharmacy visit to be paid at the time of the visit. Advise us if you have difficulty paying the 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.

Patient Signature _____ Date ____/____/____ Witness _____
mo day year

Acuerdo con el paciente Cooperative Christian Ministries & Clinic, Hot springs, Arkansas

1. Entiendo que la Cooperative Christian Ministries & Clinic (CCMC) es una organización de benevolencia no lucrativa registrada en el estado de Arkansas con el propósito de proveer cuidado médico a los que no tienen seguro en el condado de Garland y otros condados circunvecinos.
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. Entiendo que mi comportamiento en la clínica no ha de interferir con la clínica de ninguna manera y que perderé los privilegios como resultado de comportamiento inapropiado, o que rebaja la clínica o empleados, dañar o robar la propiedad de la clínica, etc.
4. Entiendo que la cuota para cada visita a la clínica o farmacia debe pagarse a la hora del tratamiento.
5. Entiendo que el personal médico que trabaja en la clínica tiene licencia del estado de Arkansas en sus campos respectivos y que se ofrecen su tiempo y sus servicios voluntariamente para mi bienestar.
6. Entiendo que la Clínica puede referirme a otras agencias u otros proveedores médicos, con mi aprobación.
7. Entiendo que no se me negarán los servicios en base a mi raza, creencias o religión.
8. Entiendo que la Clínica es una organización cristiana que provee estos servicios como un acto de bondad cristiana. Puedo recibir dirección espiritual si la pido.
9. Entiendo que los médicos que trabajan en la clínica ofrecen sus servicios voluntariamente y únicamente durante las horas regulares de la clínica. El verse con un médico de la Clínica no les da derecho a los pacientes que el medico los vea en su consultorio privado a menos que dicho medico específicamente haga los arreglos y el (o ella) lo pida.
10. Entiendo que la Clínica está abierto desde las 6 p.m. hasta las 8 p.m. uno noche por mes y que la Clínica no se hace responsable de mi cuidado médico a menos que sea remitido a la clínica que opera de día para enfermedades crónicas.
11. Entiendo que la Clínica no permite que nadie fume, incluyendo el estacionamiento.
12. Si se me remite a otro proveedor, doy mi consentimiento que mis récords médicos confidenciales pueden ser copiados y enviados a dicho proveedor. Entiendo que mis récords son confidenciales.
13. Entiendo que la Clínica puede sacar fotos de mí durante las actividades de la clínica. No me opongo al uso de mi foto para promover las actividades de la Clínica.
14. Entiendo que los médicos y demás personal que rinde servicios médicos voluntariamente quedan protegidos de cualquier demanda legal según el Volunteer Licensed Health Care Professional Immunity Act.
15. Llegare a tiempo para todas las citas o llamare al menos 24 horas por anticipado para cancelar y proveer la clínica cualquier información respecto a cambios en mi número telefónico, dirección, etc.
16. He de seguir el tratamiento que se me da un médico de la Clínica o puede que resulte en la terminación de mis privilegios como paciente. Informaré a la clínica si tengo dificultades no esperadas con mi cuidado médico o no entiendo completamente el plan de tratamiento.
17. Autorizo que mi historial médico completo, incluyendo todo tratamiento, necesiten receta o no se provean a la clínica.
18. La Clínica, el dispensario, no se hace responsable de ninguna obligación financiera que usted haga con médicos exteriores, con los hospitales ni con otros centros médicos.
19. Mi firma abajo indica que estoy de acuerdo en que cualquier compañía farmacéutica que provee mis medicamentos puede intervenir en mis records médicos y farmacológicos.

Firma del Paciente _____

Fecha ____/____/____
Mes día año

Testigo si firmado con una X) _____

Firma del guardián si el paciente tiene menos de 18 años.



Cooperative Christian Ministries & Clinic

133 Arbor St.

Phone: 501-623-8850

Hot Springs, AR 71901

Fax: 501-623-4556

Appointment Responsibility Policy

Patient Name: _____

____ I understand that I must keep my appointment with my healthcare provider.

____ If I am unable to keep my appointment, I MUST call the Healthcare Provider's Office 24 hours in advance to cancel my appointment.

____ If I do not call within the 24 hour time limit I will be charged a fee and **WILL NOT** be able to schedule another appointment until the fee is paid to CCMC. (Cash, money order or cashier's check ONLY)

FEE AMOUNT:

- An appointment at CCMC will be charged \$10.00 if the appointment is not cancelled according to the policy described above.
- An appointment with a physician or specialist outside CCMC will be charged \$25.00 if appointment is not cancelled according to the policy described above.

● Cancellation number 501-623-8850

Patient Signature

Date

Revised 12/21/16



Cooperative Christian Ministries & Clinic

133 Arbor St.

Phone: 501-623-8850

Hot Springs, AR 71901

Fax: 501-623-4556

Política de la Responsabilidad del paciente con respecto a las citas

Nombre del paciente: _____

_____ Entiendo que yo debo cumplir con mi cita con el proveedor de atención médica.

_____ Si no puedo cumplir con mi cita, debo llamar a la oficina del proveedor de atención médica por lo menos con 24 horas de anticipación para cancelar la cita.

_____ Si no cancelo dentro del plazo de 24 horas, se me cobrará una cuota y NO se me permitirá programar otra cita hasta pague la tarifa a CCMC 25.00 en efectivo, giro postal o cheque al portador.

IMPORTE DE LA CUOTA:

- Una cita en CCMC será de \$10.00 si no es cancelada conforme a la política que se ha descrito arriba.
- Una cita con un médico O especialista fuera de la CCMC costará \$25.00 si no es cancelada conforme a la política que se ha descrito arriba.

Para cancelar, favor de llamar al 501-623-8850

Firma del paciente

Fecha



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: If 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?
Is it okay for us to leave a message with someone for the patient to return our call?

Acknowledgement Statement: Mark One.

- I have been offered a copy of the Notice of Privacy Practices and received a copy.
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.



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

Nótese que esto no da permiso para que la CCMC decida nada respecto a las decisiones sobre el cuidado médico del paciente ni autoriza enviar copias en papel o electrónicas de la historia médica del paciente. No daremos por medio de teléfono ni ningún otro medio cualquier información a los amigos o parientes que no aparecen arriba a menos que el paciente tenga la oportunidad de oponerse y no lo hace (en forma documentada) o si es razonable sobreentender que el paciente no se opone, por ejemplo cuando trae un cónyuge al consultorio donde se discute su tratamiento.

Excepción: tal información se necesita en situaciones de urgencias.

Favor de dar instrucciones respecto a lo siguiente:

¿Está bien que dejemos recado en la máquina contestadora o correo de voz?, por ejemplo, puede que dejemos un recado sobre una cita, recordatorios, cambios en el horario o los resultados de análisis. ¿Esto está bien?

_____ Sí _____ No

¿Está bien que dejemos un recado con alguien para que el paciente nos llame? Por ejemplo, puede que dejemos un recado con el individuo que conteste el teléfono sobre una cita, recordatorios, cambios en el horario o los resultados de análisis o notificación que ya tenemos los resultados. ¿Esto está bien? _____ Sí _____ No

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha _____

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Parentesco _____

Nótese que excepto en la medida en la utilización de este formulario de recursos de comunicación de PHI, en cualquier momento puedo revocar este formulario enviando un aviso por escrito a la administradora de la clínica en este lugar.



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

Derechos del Paciente

CCMC respeta los derechos del paciente y reconoce que cada paciente es un individual y tiene necesidades de salud únicas. Debido a lo importante que es el respeto a la dignidad de cada paciente, CCMC trata de proporcionar un cuidado que sea considerado y respetuoso enfocado en las necesidades individuales de cada paciente.

El personal de CCMC tratará de honrar estos derechos del paciente.

- El/la paciente tiene el derecho de ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad y protección a su privacidad.
- El/la paciente tiene derecho de una respuestas a preguntas y peticiones.
- El/la paciente tiene derecho a saber los tipos de servicios de apoyo para el paciente que estén disponibles.
- El/a paciente tiene el derecho a conocer las reglas y regulaciones de conducta que debe seguir.
- El/la paciente tiene el derecho de recibir información acerca de diagnósticos, planes de tratamientos, alternativos, peligros, y pronósticos.
- El/la paciente tiene derechos a rechazar cualquier tratamiento.
- El/la paciente tiene derecho al acceso imparcial de tratamiento médico sin importa la raza, nacionalidad de origen, o religión.

(Lea la hoja 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 **previously enrolled** patients on a walk-in basis on the **second Tuesday of each month.** Patients are admitted **between the hours of 6:00 P.M. and 8:00 P.M.**

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 during business hours on Tuesday, Wednesday, and Thursday each week. 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 limited but adequate to fill and refill prescriptions written here. It is open every Wednesday from **9:00 A.M. until 1:00 P.M.** and 1st and 3rd Thursday **9:00 A.M. until 1:00P.M.** The pharmacy is also open during the monthly evening clinic event until **8:00 P.M.**, but only to fill prescriptions for patients seen that evening. 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.

CCMC operates an Extended Clinic for chronically ill patients who have been referred from the evening clinic. **The Extended Clinic is not for emergencies or new patients.**

Extended hours are Wednesdays 9:00 to 1:00 and 1st and 3rd Thursdays from 9:00 A.M. to 1:00 P.M.

Next Night Clinic _____

Patient pays \$5.00 per visit to the Clinic.

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

Registro del Paciente y Horas de Operación

La Clínica Médica de Caridad Cristiana (CCMC- por sus siglas en inglés) es una organización de personas voluntarias, la Clínica cuenta con una “clínica nocturna”, el segundo martes de cada mes y está únicamente abierta para pacientes que ya se han registrado previamente, se les atiende como van llegando entre 6:00 y 8:00 pm.

Todos los pacientes de la CCMC **DEBEN** completar su cita para ver si califica y registrarse ANTES de recibir cualquier atención médica o medicina en la clínica. **La cita y registro del paciente sólo se puede hacer con cita** durante horas de oficina los martes, miércoles y jueves todas las semanas. En el momento que se revisa la solicitud, los solicitantes deben presentar los documentos que se les piden. A aquellas personas que se inscriben con la CCMC se les otorga una identificación con foto.

La farmacia de CCMC es operada por trabajadores voluntarios, Las horas de la farmacia son limitadas pero adecuadas para surtir y re-surtir las recetas que se le dan aquí. La farmacia está abierta todos los martes y miércoles de 9:00 am a 1:00 pm y jueves de 9:00 am a 2:00 pm.

La farmacia no cuenta o guarda ningún tipo de narcótico y mantiene una extensa variedad de medicinas. Sin embargo, sino contamos con la medicina, se debe entonces comprar en otra farmacia y el paciente es responsable de pagar por ella.

La CCMC opera una clínica extensiva para pacientes con enfermedades crónicas. La clínica extensiva no es para urgencias o nuevos pacientes.

Las horas de oficina son martes, miércoles y jueves de 9:00 am a 4:00 pm. La CCMC no está abierta al público lunes o viernes.

La próxima Clínica Nocturna: _____ (fecha).

El paciente debe pagar \$5.00 (dólares) por visita a la clínica.

El paciente debe esperar 24 horas después de certificación antes de hacer una cita o para surtir recetas médicas.

El paciente debe completar su solicitud y reunir todo el papeleo necesario, incluyendo prueba de ingresos de todos los miembros que trabajan en la casa.

Luego tiene que llamar para sacar cita y recertificar un mes antes de que se caduque su tarjeta de identificación.



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 Hospitalization Date _____
Ultima fecha de internación en hospital

Last ER visit _____
Nombre de última visita a la sala de urgencias
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, explique: _____

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 "si" ¿a cual o cuales medicinas es alérgico ud.?

This page is intentionally blank



Cooperative Christian Ministries & Clinic Voluntary Spiritual Health Inventory and Consent Form

We at the Cooperative Christian Ministries & Clinic care about your whole well-being, including body, mind and spirit. Spiritual health often influences physical health just as physical health can affect spiritual health.

We are here to meet any spiritual needs you may have as well as your physical needs. We offer spiritual support that is both non-denominational and non-threatening in nature.

A word from our chaplain: In Matthew 11:28-30 Jesus said ***“Come to me, all you who are weary and burdened, and I will give you rest. Take my yoke upon you and learn from me, for I am gentle and humble in heart, and you will find rest for your souls. For my yoke is easy and my burden is light.”***

Now, please complete the following survey and turn it in with your application for services. Your answers will be kept completely confidential.

Name of Patient: _____ (Please print)

Telephone number: (_____) _____ - _____

Spiritual Needs Self Evaluation

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| 1. I have close friends with whom I feel secure | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | No |
| 2. I have a purpose in life that gives my life meaning | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | No |
| 3. Tomorrow can be as good, or better than today | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | No |
| 4. I make choices each day that positively affect my life | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | No |
| 5. I often am open with my feelings and thoughts | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | No |
| 6. I experience life as sacred, giving me rules that guide my life | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | No |
| 7. I am forgiven and forgiving of myself and others | <input type="checkbox"/> | Yes | <input type="checkbox"/> | No |

If you answered “No” to one or more of these statements, we invite you to visit with our volunteer chaplain at the time of your registration appointment.

If you would like to receive pastoral care from our volunteer chaplain, please check the box and sign below and return this completed form with your application. I understand that pastoral care is not counseling or psychotherapy.

Applicant Signature

Date

TO BE COMPLETED BY REGISTRAR

- Patient would like to see chaplain today
- Patient would like Chaplain to call. Best time _____; Best phone # _____
- Patient will see Chaplain on Clinic Night.
- Patient will call Chaplain

Cuestionario de Salud Espiritual Voluntario y Forma de Consentimiento

Aquí en la clínica (CCMC) nos preocupamos por su bienestar completo, incluyendo la mente, cuerpo y espíritu. Por lo general la salud espiritual afecta nuestra salud física así como la salud física puede afectar nuestra salud espiritual

Estamos aquí para ayudarle con cualquier necesidad espiritual que usted necesite, así como con sus necesidades físicas de salud. Le ofrecemos apoyo espiritual, sin denominación alguna.

Un mensaje de nuestro capellán:

Mateo 11:28-30 *“Venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados; y os haré descansar. Llevad mí yugo sobre vosotros, y aprended di mí, que soy manso y humilde de corazón; y hallaréis descanso para vuestras almas; porque mí yugo es fácil, y ligera mí carga.”*

Por favor complete la siguiente encuesta y regrésela junto con su solicitud para servicios. Su respuesta es totalmente confidencial.

Nombre del Paciente: _____ (letra de molde)

Número de Teléfono: (_____) _____ - _____

Auto-evaluación de mis necesidades espirituales:

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. Yo cuento con amigos de confianza con quienes me siento seguro. | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | no |
| 2. Tengo metas de vida que le dan sentido a mi vida. | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | no |
| 3. Mañana puede ser un día tan bueno como hoy o mucho mejor. | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | no |
| 4. Tomo decisiones todos los días que afectan mi vida de una manera positiva. | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | no |
| 5. A menudo siento que soy abierto a mis sentimientos y pensamientos | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | no |
| 6. Para mí la vida es sagrada, y me da reglas para guiarla | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | no |
| 7. Yo perdono a otros y me perdono a mí mismo. | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | no |

Si contestó "no" a una o más de éstas preguntas, le invitamos para que platique con nuestro capellán voluntario.

Marque la cajita:

Sí me gustaría recibir una cita con el capellán voluntario, regrese ésta forma junto con su solicitud. Entiendo que los consejos pastorales no equivalen a una psicoterapia.

_____ Firma de solicitante Fecha _____

Para completarse únicamente por personal de la Clínica

- Patient would like to see chaplain today
- Patient would like to call Chaplain. Best time _____; Best phone # _____
- Patient will see Chaplain on Clinic Night.
- Patient will call Chaplain

Revised 12/21/16

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/Con este documento verifico que

(Name of employee/*Nombre y apellido del empleado*)

has worked for me since/ha trabajado conmigo desde

(Date/*Fecha*)

performing the following type of work /haciendo el siguiente tipo del trabajo

In exchange for these services I am paying/*Por el hecho de trabajar en esta manera conmigo,*
yo lo pago \$_____ per month/por mes. The current year-to-date earnings are/*El*
total de los ingresos de este año hasta la fecha es \$_____.

****Signed/Firmado** _____
(Employer/*Empleador*)

Print name _____

Address _____

Date _____

****Signature of the employer needs to be verified by a Notary Public /La firma del empleador 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_____.

