

## 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 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 (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 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**

*Si necesita las registraciones en español por favor notifique al tiempo de hacer su cita*

**HOJA DE INSTRUCCIÓN DE APLICACIÓN DEL PACIENTE**

**CCMC NO ACEPTA PERSONAS CON O CON ACCESO A LO SIGUIENTE: SEGURO MÉDICO ASEQUIBLE, MEDICARE, MEDICAID O BENEFICIOS PARA VETERANOS.**

**NO ENVIAR SOLICITUD. USTED DEBE LLAMAR PARA UNA CITA DE REGISTRO**

LLAME A LA CLÍNICA AL 501-623-8850 PARA PROGRAMAR UNA CITA PARA REGISTRARSE

USTED DEBE TENER LOS SIGUIENTES ELEMENTOS CUANDO VENGA A SU ENTREVISTA CON EL FIN DE COMPLETAR SU REGISTRO.

- 1.) Una ID de foto válido
- 2.) Documentación de los servicios gubernamentales (Hoja de verificación de beneficios- Medicaid, SNAP, WIC, Discapacidad, soporte para niños)
- 3.) Actualmente Formulario de impuestos 1040, W-2 o 1099 para todos los miembros del hogar.
- 4.) Prueba de todos los ingresos de los tres (3) meses actuales (esto incluye cualquier forma de una carta de Seguro-Beneficio Social, declaración de desempleo, talones de cheques, manutención de niños, SSI, pensiones, IRA, etc.)
  - a) Para usted mismo
  - b) Y por cada persona que vive en esta dirección que recibe un ingreso
  - c) Si los ingresos se pagan en efectivo, por favor complete la DECLARACION DE INGRESOS EN EFECTIVO (última página de esta solicitud). La firma del empleador DEBE ser notariada.
- 5.) Otra información
  - a) Carta de estampillas de alimentos para cada persona que recibe y vive en el hogar
  - b) Vivienda HUD, para cualquier persona que vive en el hogar que recibe asistencia de vivienda
- 6.) Los formularios adjuntos deben completarse para el hogar.

**Para dar tiempo para la entrada de datos no podrá rellenar las recetas o llamar para una cita durante 24 horas después de la recertificación.**

Hay una cuota de inscripción de \$5.00.

# 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  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 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/Partner Name \_\_\_\_\_ Spouse/Partner SS# \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge o pareja # de seguro social

Spouse's Date of Birth (MoDayYear) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

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? Tiene usted "Medicaid" aprobado O pendiente?

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 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  Unemploye  
 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 <b>Impuestos sobre propiedad de inmuebles</b>	\$ _____
Personal Property Taxes <b>Impuestos de Propiedad Personal</b>	\$ _____

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

Medical Fees /Compensación medica	\$ _____
Doctors Fees / Compensación a los médicos	\$ _____
Prescriptions / Medicamentos	\$ _____
Dental	\$ _____
Vision / Visión	\$ _____
<b><u>OTHERS / Otros</u></b>	
Child Support/Manutención de menores	\$ _____
<b><u>LOANS / Préstamos</u></b>	
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 \_\_\_\_\_



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

1. Entiendo que la Cooperativa 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 presta servicios como un acto de bondad cristiana. Puedo recibir ayuda espiritual u guía a petición mía. Los servicios se proporcionan independientemente de su raza, credo o religión.
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. La clínica está abierta de 6:00 PM a 8:00 PM, una noche al mes, y la clínica no es responsable de mi atención médica en otros momentos a menos que se rema a la clínica diurna por enfermedad crónica.
13. Si me remiten a otro proveedor, acepto que mis registros médicos confidenciales en CCMC pueden ser copiados y enviados al proveedor.
14. CCMC es una clínica libre de humo que incluye el edificio y el estacionamiento.
15. 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.
16. Hay una tarifa administrativa de \$5.00 por cada visita a la clínica o farmacia que se pagará en el momento de la visita. Aconséjenos si tiene dificultades para pagar la tarifa.
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.

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

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. 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 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



## 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. Si por alguna razón llegaré tarde a mi cita es mi responsabilidad llamar y notificar a mi 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  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 a ny 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.

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 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 **10:00 A.M. until 1:00 P.M.** and **1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> Thursday 10:00 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.

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

Clinic days and hours are 2<sup>nd</sup> and 4<sup>th</sup> Tuesday 9am to 1pm, every Wednesdays 9:00 to 1:00 and 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> 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**  
**133 Arbor Street**  
**Hot Springs, Arkansas 71901-3535**

## **Registro del Paciente y Horas de Operación**

La Cooperativa De Ministerios Cristianos y Clínica (CCMC) es una organización de voluntarios abierta a pacientes.

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 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 del CCMC opera bajo una Licencia de Clínica Caritativa y 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 **miércoles de 10:00 am a 1:00 pm** y **1º y 3er jueves de 10:00 am a 1:00 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.

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

Días y horarios de clínica son el 2º y 4º martes de 9am a 1pm, todos los miércoles de 9:00 a 1:00 y 1º y 3er jueves de 9:00 a.M. a 1:00 P.M.

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 de 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 Chaplain to call. Best time \_\_\_\_\_; Best phone # \_\_\_\_\_
- Patient will see Chaplain on Clinic Night.
- Patient will call Chaplain

# **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** \_\_\_\_\_

**Phone Number** \_\_\_\_\_ **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\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public Signature