



Appointment No-Show Agreement

Please read this document carefully and print all information in the spaces provided.

Today's Date: / /

Date of Birth: / /

It is a policy of CCI Health & Wellness Services to monitor and manage appointment no-shows. This is necessary to ensure that each patient is given the proper amount of time allocated for their visit and to provide the highest quality care. Undue numbers of unutilized appointments delay necessary medical care for patients. A "no-show" is when someone misses an appointment without canceling it within a 24-hour working-day period in advance.

Patients must cancel their scheduled appointment with at least a 24-hours' notice. If less than a 24-hour cancellation is given, this will be documented as a "no-show" appointment. Patients who fail to arrive for a scheduled appointment will be documented as a "no-show" appointment.

If a patient has 3 "no-shows" appointments in a row within 6 months, that patient and any person who is either a guarantor for, or guarantee of the patient, will not be able to schedule future appointments in advance. Front office staff may exercise limited discretion in not assigning "no shows" to accounts for special circumstances, such as hospitalization or other emergency.

By signing below I acknowledge that I have read and understand the CCI Health & Wellness Services Appointment No-Show Policy and agree to its terms.

Patient or legally authorized individual's signature.

X _____ Date / /

Signed by (circle one): Patient Parent Legal Guardian Caregiver

Name (Last, First):		Middle Initial	Date of Birth / /
Sex assigned at birth? Male Female	How do you describe yourself? Male Female Trans Male Trans Female Nonconforming		

Sliding Fee Discount Application

Patient's Name: _____ Date of Birth: / /

Date	How many people in your household?	Household Income?	Frequency	Total

I have elected to opt-out of the sliding fee discount program and understand that the fees will not be discounted. I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and that I have read and understand and agree to adhere to all terms and conditions of the Sliding Fee Discount Program.

Self-Declared

Medicaid Pending (newborn)

I have been explained by the staff member that I may be over income depending on the provider codes entered.

Today I did not have the following documents ready when applying for my Sliding Fee Discount and I understand that in order to get my Sliding Fee Discount, I will need to bring in this document by this date: _____

Current Federal Tax Return

Check stub(s) with employer name, income, socials security number, hours worked, and rate of pay; weekly income and # of weeks/12.

Company letter stating annual earnings (Letter must contain a contact person and phone number for contact).

Official Letters/documents from Social Security, Courts, Child Support, etc.

Patient or legally authorized individual's signature

X _____ Staff Initials _____

No Changes Made

X _____ Staff Initials _____



Por favor escriba con letra de molde. Asegúrese de incluir todas las personas que viven en su hogar. Fecha: / /

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: / /

CCI Health & Wellness Services se adhiere estrictamente a normas y procedimientos a través de las cuales monitorea y administra las citas perdidas. Esto es necesario para garantizar que a cada paciente se le otorgue la cantidad de tiempo adecuado para su visita médica, y para brindarle la atención de más alta calidad. La cantidad de citas perdidas afecta negativamente la atención médica necesaria para otros pacientes. Una cita se considera perdida si el paciente no la cancela con por lo mínimo 24 horas de anticipación durante un día hábil.

Los pacientes deben cancelar su cita programada con al menos 24 horas de anticipación. Si cancela la cita en menos de 24 horas, esto se considera y documentara como una cita perdida. Los pacientes que no lleguen a una cita en día y hora programada, se consideraran y documentarán como una cita perdida.

Si un paciente tiene 3 citas perdidas, una detrás de la otra, en un periodo de 6 meses, ese paciente y la persona que sea el representante legal del mismo, no podrán programar citas futuras o con anticipación. El personal de la oficina principal puede ejercer su discreción limitada para designar o no una cita perdida de acuerdo a ciertas circunstancias especiales, como hospitalización u otra emergencia.

Al firmar abajo, reconozco que he leído este documento por completo y entiendo las normas y procedimientos de CCI Health & Wellness Services con respecto a las citas perdidas y acepto sus términos.

X Fecha: / /

Firmado por (Seleccione uno): Paciente Padre Guardáin Legal Cuidador/a

Nombre (Apellido, Primer Nombre):		Inicial 2do Nombre		Fecha de Nacimiento / /	
Sexo asignado al nacer? M F	¿Cómo te describes a ti mismo?		Hombre	Mujer	Transmasculino
			Transfemenino	Inconformidad de género	

Solicitud para el Programa de Descuento

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento: / /

Fecha	¿Cuántas personas en su hogar?	Ingreso de Familia	Frecuencia	Total

Elijo no participar en el programa de descuento y entiendo que los precios so recibirán descuento alguno. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y que he leído, entiendo y estoy de acuerdo a todos los términos y condiciones del programa de descuento.

- Auto declarado
- Medicaid pendiente (recién nacido)
- Me explicaron que, dependiendo de los códigos usado por el equipo médico, puede haber exceso de ingresos.
- Hoy vine a solicitar participación en el programa de descuento, pero no tuve conmigo los siguientes documentos y entiendo que poder participar en el programa de descuento, tendré que traer a la oficina los documentos necesarios antes de:

- Mis impuestos federales más recientes
- Mis colillas de cheque(s) con el nombre de la empresa, empleado, ingresos, seguro social, horas trabajadas, pago por hora, ingreso semanal *número de semanas/12
- Una carta de la empresa con la cantidad de mis ingresos anuales (La carta debe tener un punto de contacto con teléfono)
- Cartas oficiales, documentos del departamento del Seguro Social, la corte, manutención de los hijos, etc.

Paciente o persona responsable del paciente

X Fecha / / Iniciales del empleado No hice cambios

X Fecha / / Iniciales del empleado