Kansas Statewide Farmworker Health Program
Programa de Salud para Trabajadores Agrícolas de Kansas
Family Registration Form *Forma de Registro Familiar*

Today's Date/ *Fecha de hoy:* _____

Check One- Farmworker Health Program_____
TB Reimbursement Program only_____

Head of Family/*Jefe de Familia*

Last Name
*Apellido(s):*_____

First Name
*Nombre(s)*_____

Date of Birth/ *Fecha de Nacimiento:* __ __/__ __/__ __

Phone/ *Teléfono* ( )_____

Local Address
Domicilio Local: _____ _____
Street/ *Calle* County/ *Condado*

_____
City/ *Ciudad* State/ *Estado* Zip/ *Código Postal*

Family Income
Ingreso de la Familia $_____ per/por _____

Number in Household?
¿Cuantas hay en la casa? _____

Are there any family members who are pregnant?
¿Hay algún miembro de su familia que está embarazada? YES/*SÍ* _____ NO _____
If YES--Name and expected delivery date
Si la respuesta es SÍ—Nombre y fecha de nacimiento esperada _____

People who have been employed in agriculture may qualify for medical benefits. Please answer the following questions:
Personas que hayan trabajado en la agricultura pudieran calificar para servicios médicos. Por favor de contestar estas preguntas:

1. During the past two years, have you or a member of your family been employed in farmwork such as planting, cultivating, or harvesting agricultural products (such as fruits, vegetables, grains, and other produce) in fields, orchards, greenhouses, or nurseries as your principle means of employment?
¿Durante los últimos dos años, usted o un miembro de su familia ha trabajado en agricultura, tal como plantando, cultivando o cosechando productos agrícolas (tales como frutas, vegetales, granos y otros productos) en el campo, huertas, invernaderos ó viveros como su fuente de empleo? YES/*SÍ* _____ NO _____

Name of Farmwork Employer/ *Nombre de empleador donde hayan trabajado en la agricultura*_____

Location of Farmwork (City, State) _____ Phone/ *Teléfono* ( )_____
Lugar donde hayan trabajado en la agricultura (Ciudad, Estado)

Address/*Dirección*_____
Street/*Calle* City/ *Ciudad* State/ *Estado* Zip/ *Código Postal*

Crop/ *tipo de cultivo*_____ Month and Year/ *mes y año* _____

2. Over the past two years, have you or your family traveled away from home overnight in order to do farmwork as your principle means of employment?
¿Durante los últimos dos años, ha viajado o estado usted o su familia fuera de su casa por más de una noche para trabajar en labores agrícolas como su fuente de empleo principal? YES/*SÍ* _____ NO _____

If YES, give address/*Si respondió SÍ, diga la dirección* _____

Crop/ *tipo de cultivo*_____ Month and Year/ *mes y año* _____

Please provide proof of current employment and income, or if not available a signed written statement.
Por favor de dar prueba de empleo y ingreso corriente, ó si no lo tiene, por favor de dar una declaración firmada

List of Family Members / *Lista de Miembros de Familia*

What language do you speak in your home? *¿Qual idioma hablan ustedes en su casa?*_____

Name (Last, First) *Nombre (Apellido, Nombre)*	**Date of Birth** *Fecha de Nacimiento*	**Gender** *Sexo*	**Relationship** *Parentesco*	**Hispanic/Latino** *Hispano/ Latino*	☑ **Race**/ *Raza*					☑ **Health Insurance** *Seguro Medico*				
					White/ *Blanca*	Native Hawaiian or Pacific Islander *Nativa de Hawaii ó de las islas del Pacifico*	Black or African American *Negra ó Africana americana*	Asian/ *Asiática*	American Indian/Alaska Native *India americana ó Nativa de Alaska*	Medicaid	Healthwave	Private/Employer *Aseguranza/Empleador*	Medicare	None/*Ningun*
		M F		Y N										
		M F		Y N										
		M F		Y N										
		M F		Y N										
		M F		Y N										
		M F		Y N										
		M F		Y N										
		M F		Y N										

Certification / *Certificación*

I hereby certify that the information above is accurate to the best of my knowledge.
Certifico que la información proporcionada arriba es correcta y de acuerdo a mi conocimiento.

_____ _____

Signature */ Firma* Date / *Fecha*

Authorization for Medical and Dental Care/ *Autorización para proporcionar atención medica y dental*

I hereby authorize any medical or dental care considered by the Kansas Statewide Farmworker Health Program and their contracted physicians and dentists to be in my or members of my family's best interest and authorize the release of any information acquired during the course of my registration, examination, and treatment.
Por este medio autorizo cualquier cuidado medico o dental considerado por el Programa de Salud para Trabajadores Agrícolas de Kansas en el mejor interés propio y de mi familia y autorizo que se proporcione cualquier información obtenida durante el curso de mi registro, examen medico y tratamiento.

_____ _____

Signature */ Firma* Date / *Fecha*

Authorization for care must be signed by the client or his/her parent or legal guardian for clients under the age of 18.
La autorización para proporcionar cuidado debe ser firmada por el cliente; para personas menores de 18 años debe firmarla su padre, madre o guardián legal.