



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

Today's Date / Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Check <input type="checkbox"/> KSFHP
One: <input type="checkbox"/> TB

Approved by: _____
Date: _____ / _____ / _____

**Head of Family / Jefe de Familia**

Last Name / Apellido(s) \_\_\_\_\_ First Name / Nombre(s) \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Phone / Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Do you want to receive information via text? / ¿Quisiera recibir información por mensajes de texto?  YES/SÍ  NO

In what language? / ¿En cuál idioma? \_\_\_\_\_

Local Address / Domicilio Local \_\_\_\_\_  
 Street/ Calle \_\_\_\_\_ County/ Condado \_\_\_\_\_

Homeless / Sin Hogar \_\_\_\_\_  
 City/ Ciudad \_\_\_\_\_ State/ Estado \_\_\_\_\_ Zip/ Código Postal \_\_\_\_\_

Family Income / Ingreso de la Familia \$ \_\_\_\_\_ per / por \_\_\_\_\_ Number in Household? / ¿Cuántas hay en la casa? \_\_\_\_\_

**Please provide proof of current employment and income (check-stub), or if not available a signed written statement.**  
*Por favor dar prueba de empleo e ingreso actual (talón de cheque), ó si no lo tiene, por favor de dar una declaración firmada.*

What language do you speak in your home? / ¿Cuál idioma hablan ustedes en su 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. \_\_\_\_\_

Is anyone in your household receiving Medicaid benefits? / ¿Hay alguien en su hogar que recibe beneficios de Medicaid?  YES/SÍ  NO  
 If 'YES', please provide the Medicaid number for each person in the household. / En caso afirmativo, indique el número de Medicaid para cada persona en el hogar.

# \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_  
 # \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

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

**I. During the past two years, have you or a member of your family been employed in farmwork (crops and/or animals) at farms, greenhouses, nurseries, orchards, tree farms, cotton gins, co-ops, aquaculture, dairies, feedlots, ranches as your principle means of employment? / Durante los últimos dos años, ¿usted o algún miembro de su familia ha sido empleado en labores agrícolas (cultivos y / o animales) en granjas, invernaderos, viveros, huertos, plantaciones de árboles, desmotadoras de algodón, cooperativas, la acuicultura, lecherías, corrales de engorde, o ranchos como su medio principal de empleo?**  YES/SÍ  NO

Name of Farmwork Company \_\_\_\_\_ Phone / Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía donde hayan trabajado en la agricultura

Address / Dirección \_\_\_\_\_  
 Street / Calle \_\_\_\_\_ City / Ciudad \_\_\_\_\_ State / Estado \_\_\_\_\_ Zip / Código Postal \_\_\_\_\_

Crop / Tipo de cultivo \_\_\_\_\_ Last month & year of farmwork / Ultimo mes y año de trabajo en el campo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**II. 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 location, crop, month and year. / Si respondió SÍ, diga lugar, tipo de cultivo, mes y año. \_\_\_\_\_

**III. Are you exposed to chemicals, fumes, dusts, noise, and/or high heat at your work or away from work? / ¿Usted está expuesto en su trabajo o en otro lugar a químicos, humos, polvos, ruido, o altas temperaturas?**  YES/SÍ  NO

**Do you think these are harming you? / ¿Usted cree que esas actividades le están haciendo daño?**  YES/SÍ  NO

**I do not want my family information shared with the Kansas Migrant Education Program and/or Harvest America Corporation. / No quiero que compartan mi información familiar con el programa de educación migrante de Kansas y/o con la corporación de Harvest America.**

Name (Last, First) <i>Nombre (Apellido, Nombre)</i>	Date of Birth (month/day/year) <i>Fecha de Nacimiento (mes/día/año)</i>	Relationship / Parentesco <i>*(H, P, S, D or O)</i>	Veteran / Veterano	Hispanic / Latino / Hispano/ Latino	Race / Raza <i>***(W, NH, PI, B, A, D)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sexual Orientation <i>(La orientación sexual)</i>						<input checked="" type="checkbox"/> Gender Identity <i>(Identidad de género)</i>				<input checked="" type="checkbox"/> Health Insurance <i>(Seguro Medico)</i>					Tobacco User? / ¿Utiliza Tabaco?	Mood? / ¿Estado de ánimo?
						Straight / Heterosexual	Lesbian or Gay / <i>Lesbiana o Homosexual</i>	Bisexual	Something Else / <i>Alguna otra Preferencia</i>	Don't Know / No sé	Choose Not to Disclose / <i>Preferire no Declarar</i>	Male / Masculino	Female / Femenino	Transgender (to Male) / <i>Transgénero (a Masculino)</i>	Transgender (to Female) / <i>Transgénero (a Femenino)</i>	Other / Otro	Choose Not to Disclose / <i>Preferire no Declarar</i>	KanCare: Medicaid (Title 19)	KanCare: SCHIP (Title 21)	Private / Privada		
			Y	Y															Y	Y		
			N	N															N	N		
			Y	Y															Y	Y		
			N	N															N	N		
			Y	Y															Y	Y		
			N	N															N	N		
			Y	Y															Y	Y		
			N	N															N	N		
			Y	Y															Y	Y		
			N	N															N	N		

\*H=Head of Household (*Jefe de Familia*), P=Partner/Spouse (*Pareja/Cónyuge*), S=Son (*Hijo*), D=Daughter (*Hija*), O=Other (*Otro*)  
 \*\*W=White (Blanca), NH=Native Hawaiian (Nativa de Hawaii), PI=Pacific Islander (de las islas del Pacifico), B=Black or African American (Negra ó Africana Americana), A=Asian (Asiática),  
 I= American Indian/Alaska Native (India Americana ó Nativa de Alaska)

**IV. IMPORTANT: ALL HOUSEHOLD MEMBERS 12-YEARS AND OLDER SHOULD RESPOND TO THE FOLLOWING TWO QUESTIONS.**  
**IMPORTANTE: TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE 12-AÑOS O MAYORES DEBEN DE RESPONDER LAS DOS PREGUNTAS SIGUIENTES.**

**A. Over the last two weeks, have you been bothered by any of the following problems? / Durante las últimas dos semanas le han molestado alguno de los siguientes problemas?**

1. **Feeling down, depressed, irritable or hopeless? / Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza?**  YES/SÍ  NO  
 2. **Little interest or pleasure in doing things? / Tener poco interés o placer en hacer las cosas?**  YES/SÍ  NO

**If YES is selected for either question, please circle 'Y' in the table above. / Si selecciona SÍ para cualquiera de las preguntas, por favor marque 'Y' en la tabla anterior.**

**Certification / Certificación:** I 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 Release of Information / Autorización Para Divulgar la Información:** I authorize Kansas Statewide Farmworker Health Program to use and disclose any information acquired during the course of my registration, examination and treatment (including protected health information) for the purpose of medical treatment or consultation, billing or claim payments and care coordination for myself and my listed dependents above. / *Yo autorizo al Programa de Salud para Trabajadores Agrícolas a que utilice y divulgue información obtenida durante mi registración, examen médico y tratamiento (incluyendo información de salud protegida) con el propósito de tratamiento o consulta médica, factura o reclamo de pagos y al coordinar cuidado médico para mi y para mis dependientes registrados en la lista de arriba.*

**Signature / Firma** \_\_\_\_\_ **Date / Fecha** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Signature / Firma** \_\_\_\_\_ **Date / Fecha** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_