

List of Family Members / Lista de Miembros de Familia

Name (Last, First) <i>Nombre (Apellido, Nombre)</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	Gender <i>Sexo</i>	Relationship <i>Parentesco</i>	Veteran/ <i>Veterano</i>	Hispanic/Latino <i>Hispano/ Latino</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Race/ <i>Raza</i>					<input checked="" type="checkbox"/> Health Insurance <i>Seguro Medico</i>			
						White/ <i>Blanca</i>	Native Hawaiian or Pacific Islander <i>Nativeo de Hawaii o de las islas del Pacifico</i>	Black or African American <i>Negra o Africana americana</i>	Asian/ <i>Asiática</i>	American Indian/Alaska Native <i>India americana o Nativa de Alaska</i>	Medicaid	Healthwave	Private/Employer <i>Aseguranza/Empleador</i>	Medicare
		M		Y	Y									
		F		N	N									
		M		Y	Y									
		F		N	N									
		M		Y	Y									
		F		N	N									
		M		Y	Y									
		F		N	N									
		M		Y	Y									
		F		N	N									
		M		Y	Y									
		F		N	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.