



Forma de Registro Familiar

Programa de Salud para Trabajadores Agrícolas de Kansas

Dirección del Remitente

KSFHP – Karla Cervantes Cell: (816) 590-7577
 650 Minnesota Ave Fax: (913) 362-8513
 Kansas City, KS 66101

Información Trabajador Agrícola Primario (Jefe de Familia)

Primer nombre	Segundo	Apellido	Otros nombres		
Dirección de casa		Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección de envío (si es diferente)		Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de casa	Teléfono móvil	Correo electrónico			
¿Cómo le gustaría recibir información? <input type="checkbox"/> texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿En cuál idioma?		
Nombre del contacto de emergencia		Teléfono de emergencia	¿Cuál idioma hablan ustedes en su casa?		
Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> propia <input type="checkbox"/> transicional	<input type="checkbox"/> vivienda pública <input type="checkbox"/> Compartida	<input type="checkbox"/> alquilar <input type="checkbox"/> calle	<input type="checkbox"/> refugio <input type="checkbox"/> otro	

Fecha de Hoy: _____

Designación de Trabajadores Agrícolas y Cuestionario

Las personas que han estado empleadas en la agricultura pueden calificar para servicios de salud. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

- En los últimos 2 años, ¿ha trabajado usted o alguien de su familia en algún tipo de agricultura (trabajo agrícola) como: sembrar, recoger, preparar el suelo, empackadora, conducir un camión para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajar con animales? ¿Como vacas, gallinas, etc?
 Sí No
- En los últimos 2 años, ¿ha vivido usted o un miembro de su familia fuera de su hogar para trabajar en algún tipo de agricultura (trabajo agrícola)?
 Sí No
- ¿Usted o un miembro de su familia ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una discapacidad o edad (demasiado mayor para hacer el trabajo)?
 Sí No
- ¿Está usted expuesto en su trabajo o en otro lugar a químicos, humos, polvos, ruido, o altas temperaturas?
 Sí No
 a. Si es así, ¿cree que esto le está haciendo daño?
 Sí No
- ¿Podemos compartir la información de su familia con el Programa de Educación Migrante de Kansas y / o con la corporación de Harvest America?
 Sí No

Información de Empleo

Persona empleada en Agricultura	Nombre del empleador de la Agricultura				
Dirección del empleador		Tipo de ingreso <input type="checkbox"/> salario <input type="checkbox"/> auto-empleo <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> otro			
Ciudad	Estado		Teléfono		
Cantidad de ingreso	Frecuencia <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual	Fecha de inicio	Fecha de término		

Persona empleada	Nombre del empleador				
Dirección del empleado		Ciudad	Estado	Teléfono	Tipo de ingreso
Cantidad de ingreso	Frecuencia <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual	Fecha de inicio	Fecha de término	<input type="checkbox"/> salario <input type="checkbox"/> auto-empleo <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> otro	

For office use only. Registration Type:

KSFHP TB Program Only

Approved by:

Date: _____

Información del Hogar

Sus ingresos y el tamaño de su familia nos ayudan a decidir si califica para los servicios. Complete las siguientes preguntas para cada persona en su familia. ¡Comience con usted mismo!
Si tiene más de 6 personas en su familia, adjunte otra hoja de papel.

	Persona 1 (Usted mismo)	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5	Persona 6
Primer nombre						
Segundo nombre						
Apellidos						
Otros nombres						
¿Cuál es la relación de esta persona con usted?	<i>yo mismo</i>					
¿Viven contigo?		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)						
Género	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
Estado civil	<input type="checkbox"/> pareja/cónyuge <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> soltero(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viudo(a) <input type="checkbox"/> separado(a)	<input type="checkbox"/> pareja/cónyuge <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> soltero(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viudo(a) <input type="checkbox"/> separado(a)	<input type="checkbox"/> pareja/cónyuge <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> soltero(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viudo(a) <input type="checkbox"/> separado(a)	<input type="checkbox"/> pareja/cónyuge <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> soltero(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viudo(a) <input type="checkbox"/> separado(a)	<input type="checkbox"/> pareja/cónyuge <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> soltero(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viudo(a) <input type="checkbox"/> separado(a)	<input type="checkbox"/> pareja/cónyuge <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> soltero(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> viudo(a) <input type="checkbox"/> separado(a)
Raza (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> India Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> India Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> India Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> India Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> India Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> India Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> optar por no revelar
Latino	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Identidad de género	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> transgénero masculino <input type="checkbox"/> transgénero femenino <input type="checkbox"/> género queer <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> transgénero masculino <input type="checkbox"/> transgénero femenino <input type="checkbox"/> género queer <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> transgénero masculino <input type="checkbox"/> transgénero femenino <input type="checkbox"/> género queer <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> transgénero masculino <input type="checkbox"/> transgénero femenino <input type="checkbox"/> género queer <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> transgénero masculino <input type="checkbox"/> transgénero femenino <input type="checkbox"/> género queer <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> transgénero masculino <input type="checkbox"/> transgénero femenino <input type="checkbox"/> género queer <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> optar por no revelar

	Persona 1 (Usted mismo)	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5	Persona 6	
Orientación sexual	<input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> algo más <input type="checkbox"/> no se <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> algo más <input type="checkbox"/> no se <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> algo más <input type="checkbox"/> no se <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> algo más <input type="checkbox"/> no se <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> algo más <input type="checkbox"/> no se <input type="checkbox"/> optar por no revelar	<input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> algo más <input type="checkbox"/> no se <input type="checkbox"/> optar por no revelar	
Idioma preferido							
Fluido en inglés	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Veterano	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Estado de fumar	<input type="checkbox"/> actual fumador <input type="checkbox"/> ex fumador <input type="checkbox"/> nunca fumador	<input type="checkbox"/> actual fumador <input type="checkbox"/> ex fumador <input type="checkbox"/> nunca fumador	<input type="checkbox"/> actual fumador <input type="checkbox"/> ex fumador <input type="checkbox"/> nunca fumador	<input type="checkbox"/> actual fumador <input type="checkbox"/> ex fumador <input type="checkbox"/> nunca fumador	<input type="checkbox"/> actual fumador <input type="checkbox"/> ex fumador <input type="checkbox"/> nunca fumador	<input type="checkbox"/> actual fumador <input type="checkbox"/> ex fumador <input type="checkbox"/> nunca fumador	
¿Embarazada?	<input type="checkbox"/> sí, fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí, fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/> no	
Tipo de cobertura de salud	<input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> KanCare (Title 19) ID# _____ <input type="checkbox"/> KanCare (Title 21) ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> seguro privado/empleador <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> KanCare (Title 19) ID# _____ <input type="checkbox"/> KanCare (Title 21) ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> seguro privado/empleador <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> KanCare (Title 19) ID# _____ <input type="checkbox"/> KanCare (Title 21) ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> seguro privado/empleador <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> KanCare (Title 19) ID# _____ <input type="checkbox"/> KanCare (Title 21) ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> seguro privado/empleador <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> KanCare (Title 19) ID# _____ <input type="checkbox"/> KanCare (Title 21) ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> seguro privado/empleador <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> KanCare (Title 19) ID# _____ <input type="checkbox"/> KanCare (Title 21) ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> seguro privado/empleador <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> KanCare (Title 19) ID# _____ <input type="checkbox"/> KanCare (Title 21) ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> seguro privado/empleador <input type="checkbox"/> otro

¡IMPORTANTE! Responda sólo para personas mayores de 12 años: Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

1. Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días	<input type="checkbox"/> 0 ningún día <input type="checkbox"/> 1 varios días <input type="checkbox"/> 2 más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> 3 casi todos los días

Certificación Certifico que la información proporcionada arriba es correcta y de acuerdo a mi conocimiento. **Firma** _____ **Fecha** _____

Autorización Para Divulgar la Información

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.

Firma _____ **Fecha** _____ **Firma** _____ **Fecha** _____



Derechos y Responsabilidades del Cliente de KSFHP

KSFHP quiere proveer comprensivo y preventivo cuidado de salud a los trabajadores agrícolas y sus dependes. Para poder obtener óptima comunicación, una relación buena con el paciente y un eficiente cuidado, KSFHP presenta los siguientes Derechos y Responsabilidades par usted y su familia. El sitio de web del programa es www.ksfhp.org.

Derechos del Cliente

Tengo el derecho de:

- Ser tratado con respeto y completo conocimiento en lo que en mi caso concierne.
- Mi información personal será confidencial de parte de KSFHP, de parte del personal y proveedores sobre el cuidado de mi salud.
- Ser asignado un proveedor quien se encarga de mi salud si tengo muchos problemas de salud, ser visto(a) por un especialista o ser hospitalizado(a).
- Tengo derecho de tener un miembro de mi familia o un amigo a mi lado cuando hablo con el doctor en respeto de mi tratamiento para ayudarme.
- Ser informado(a) de los exámenes y tratamiento incluyendo prescripciones y como me ayudaría a mi salud. Manejadores de Casos Regional y Promotoras de Salud pueden facilitar comunicación con proveedores.
- Recibir en el lenguaje apropiado y entendible toda la información de diagnóstico y tratamiento. Manejadores de Casos Regional y Promotoras de Salud pueden facilitar comunicación con proveedores.
- Que me hagan saber todas las opciones para yo poder hacer mis decisiones referente a mi salud, Manejadores de Casos Regional y Promotoras de Salud pueden facilitar comunicación con proveedores.
- Ser informado de políticas, procedimientos, cargos por servicios recibidos o copagos.
- Cuando sea referido a otra agencia, recibiré la información de mis responsabilidades.
- No ser discriminado, por raza, religión, origen, lenguaje, sexo o edad.
- Que se me escucha cuando tenga alguna sugerencia o queja. Comprendo que puedo llamar al Manejador de Casos Regional o al KSFHP Directora, Cynthia Snyder, al Cynthia.Snyder@ks.gov, 785-296-8113 y para comunicar con sugerencias o quejas.

Responsabilidades del Cliente

Yo tengo la responsabilidad:

- Proveer la siguiente información
 - Información básica para determinar si soy elegible para KSFHP.
 - Información actualizado a mi KSFHP Manejador de Caso y proveedores cuando tengo cambios de dirección, número de teléfono, información sobre mi familia y financiera estatus o si se mueve a otra área. Entiendo que si yo presenta información falsa, podría ser hecho inelegible por el programa temporalmente o permanente.
 - Informar sobre mi estado de salud a proveedores de KSFHP incluyendo mi pasado o presente abuso de medicina para el dolor.
- Hacer y mantener mis citas programadas a tiempo. Si alguna emergencia llegara a ocurrir, yo llamaré a mi proveedor para cancelar y si es posible hacer otra cita.
- En los casos cuando tenga seguridad de salud comercial o Medicaid, para asegurarse de que alcance de Medicaid o otro seguro están actualizado y activo, y a traer la tarjeta a la cita.
- Si no tenga seguridad, a traer el voucher a las citas. (Haga arreglos de los vouchers con anticipación antes de la citas a menos que en las horas del fin de semana o citas del mismo día.)
- Entiendo que si falto 2 citas en 6 meses sin cancelar o sin avisar entonces mis servicios serían suspendidos por 6 meses.
- A cooperar con todos proveedores de salud y KSFHP personaje y hacer preguntas si no entiendo.
- Tratar a todos proveedores de KSFHP y personaje con respeto y entiendo que quejas de falta de respeto se toman en serio.
- Para pagar todos los copagos o pagos establecidos, incluyendo los siguientes:
 - Los copagos para mi proveedor de atención médica y a los especialistas de la salud.
 - Copagos y cualquier cobro que sobre pase el total de \$300 por año por sus servicios dentales.
 - Los primeros \$5 de cada receta y cualquier cantidad superior a los \$50 no cubiertos por el voucher de KSFHP para farmacia. Usted pagara todas sus recetas cuando usted alcance su límite anual de parte de nuestro programa.
 - Cualquier servicio que cueste más de \$150 sin autorización previa usted será responsable.
 - Pagos por servicios NO cubiertos por KSFHP.
- Yo entiendo que yo tengo responsabilidad de pagar los billes.
- Comunicarme con mi Manejador de Casos Regional antes de cambiar mi doctor primario, proveedores médicos o proveedores dentales. Yo comprometo que no buscaría múltiplo doctores (no incluyendo Especialistas) sin consultar con mi Manejadores de Casos Regional.
- Yo entiendo que mi salud es mi responsabilidad y debo de ser activo en todas mis necesidades médicos.