

**2017 REGISTRO  
PARA EL PROGRAMA DE SALUD PARA LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS  
DE LA REGIÓN DEL VALLE DEL RIO CONNECTICUT (CRVFHP)**

JDF / TA     Dependiente / Espos(a)     Dependiente / Niño(a)     Dependiente / Otro, especifique: \_\_\_\_\_

*Vea las instrucciones al reverso para completar el Formulario de Registro.*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Primer nombre                      Segundo nombre                      Primer apellido                      Segundo Apellido

Fecha de nacimiento (mes, día, año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Teléfono: \_\_\_\_\_

Identidad de Género: [ ] Hombre [ ] Mujer [ ] Transgénero [ ] Otro, especifique: \_\_\_\_\_ [ ] Prefiero no contestar

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Si el paciente es un/una dependiente, escriba el nombre del trabajador agrícola (TA) que es el jefe/la jefa de familia (JDF).  
 JDF (nombre completo): \_\_\_\_\_ JDF fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Se ha registrado Ud. en el CRVFHP en el pasado?    [ ] Sí    [ ] No

**SECCIÓN I: LAS PREGUNTAS 1A y 1B TIENEN QUE SER CONTESTADAS POR CADA UNO DE LOS PACIENTES; LA PREGUNTA # 3 SOLAMENTE PARA EL/LA JDF**

- 1A. ¿Durante los últimos 24 meses, usted o algún miembro de su familia ha trabajado principalmente en la agricultura? [ ] Sí [ ] No
- 1B. ¿Usted o algún miembro de su familia dejó de viajar para trabajar en la agricultura debido a discapacidad o edad avanzada? [ ] Sí [ ] No
2. ¿Durante los últimos 24 meses, Ud. o algún miembro de su familia llegó a este valle para buscar trabajo en la agricultura? [ ] Sí [ ] No  
 Si contestó Ud. que sí, ¿Dónde vivía usted antes de llegar aquí?    Estado o ciudad/país: \_\_\_\_\_
3. Empleador: ¿Cuál es el nombre de la granja o el rancho donde trabaja usted ahora o trabajó anteriormente? \_\_\_\_\_  
 ¿Dónde está ubicada esa granja o rancho?    Ciudad \_\_\_\_\_    Estado \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II: COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION POR CADA PACIENTE**

4. Raza: [ ] Negro/Afro Americano [ ] Blanco [ ] Indio Americano/ Nativo de Alaska  
incluyendo pendiente de Hispano/Latino    incluyendo pendiente de Hispano/Latino    incluyendo pendiente de Hispano/Latino  
 [ ] Asiático [ ] Nativo de Hawái [ ] Islas Pacíficas  
 [ ] Más de una raza [ ] Prefiero no contestar
5. País de Origen: [ ] El Salvador [ ] Guatemala [ ] Jamaica  
 [ ] México [ ] Puerto Rico [ ] Otro, especifique: \_\_\_\_\_
6. Hispano/Latino: [ ] Sí [ ] No
7. Traducción: ¿Prefiere Ud comunicarse en un idioma aparte de inglés? [ ] Sí [ ] No ¿Necesita un intérprete? [ ] Sí [ ] No  
 ¿En qué idioma necesita un intérprete? \_\_\_\_\_
8. Vivienda: [ ] Dueño/a de casa [ ] Alquila casa/apartamento [ ] Refugio para personas sin hogar  
 [ ] En transición [ ] Vive en casa de otros [ ] Vive en la calle [ ] Desconocido [ ] Otro: \_\_\_\_\_
9. Seguro de salud: [ ] Ninguno [ ] Otro, especifique: \_\_\_\_\_
10. Estatus de fumar: [ ] Fumador diario corriente [ ] Algún día fumador corriente [ ] Ex fumador [ ] Nunca fumador  
 [ ] Fumador, desconoce su estado corriente [ ] Desconoce si ha fumado alguna vez
11. Veterano/a: [ ] Sí [ ] No
12. H2A trabajador: [ ] Sí [ ] No
13. Orientación Sexual: [ ] Heterosexual (no lesbiana o gay) [ ] Lesbiana o gay [ ] Bisexual  
 [ ] Otro [ ] No estoy seguro [ ] Prefiero no contestar

**SECCIÓN III: SI EL PACIENTE ES UN DEPENDIENTE, ESCRIBA LA INFORMACION SALARIAL DEL JDF**

14. Ingreso esperado: salario por trabajo agrícola: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ + otros ingresos: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
pago mensual/semanal X # de meses/semanas en el Valle + otros ingresos/beneficios = ingreso familiar anual  
 Fuente de otros ingresos/beneficios (incluyendo los de dependientes): \_\_\_\_\_
15. Número de dependientes: en el Valle: \_\_\_\_\_ + fuera del Valle: \_\_\_\_\_ = Total: \_\_\_\_\_

RECONOCIMIENTO: Yo entiendo que se me puede solicitar una aportación (en acuerdo a mis posibilidades económicas) por cada visita médica y que las aportaciones varían dependiendo del tipo de servicio provisto. Se me ha informado que no se me negarán los servicios de salud si yo no puedo pagar la aportación mínima.

AUTORIZACIÓN: Por este medio autorizo el acceso a mi información de salud protegida y el uso subsecuente de todos mi expediente médico a la Liga de Centros de Salud Comunitarios de Massachusetts, el CRVFHP y su fuente de financiamiento, y el proveedor de servicios médicos/dentales; esta autorización es para apoyar y documentar asistencia médica ofrecida a los trabajadores migratorios y estacionales y sus dependientes que han sido apoyados en 2017 directamente e indirectamente por los fondos del CRVFHP.

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Firma de Guardián (si el paciente tiene menos de 18 años) \_\_\_\_\_

**El CRVFHP reserva el derecho de verificar la información proporcionada.**

Firma de Entrevistador: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Agencia / Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2017 REGISTRO  
PARA EL PROGRAMA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS  
DE LA REGION DEL VALLE DEL RIO CONNECTICUT (CRVFHP)**

**Requisitos de Elegibilidad para el CRVFHP**

Trabajadores agrícolas migrantes y estacionales y sus dependientes tienen derecho a recibir servicios médicos total o parcialmente cubiertos por el CRVFHP mientras están en el Valle del Río Connecticut.

Un trabajador agrícola migratorio es un individuo cuyo empleo principal es en la agricultura de manera temporal (en lugar de empleo durante todo el año) y que **establece un hogar temporal por el propósito de este tipo de empleo**. Le incluye a alguien que haya sido empleado como trabajador agrícola migratorio en los últimos veinticuatro (24) meses. Si un trabajador migratorio ha dejado de migrar para trabajar debido a discapacidad o por edad avanzada, el trabajador y su familia serán considerados trabajadores migratorios de por vida y todavía tienen derecho a recibir servicios médicos cubiertos por el CRVFHP.

Un trabajador agrícola estacional es un individuo cuyo empleo principal es en la agricultura de manera temporal (en lugar de empleo durante todo un año) y que **no establece un hogar temporal por el propósito de este empleo**.

Una persona que haya sido empleado como trabajador agrícola migratorio y que ahora trabaja en la construcción, empacando carne, jardinería, etc., tiene derecho a recibir servicios médicos cubiertos por el CRVFHP por 24 meses más.

Son elegibles para los beneficios de CRVFHP, aquellos trabajadores agrícolas migratorios y / o estacionales trabajando en:

- Preparando, regando, o fumigando parcelas, viveros o huertas
- Plantando, labrando, cosechando, sorteando, empacando, o transportando frutas, vegetales granos, nuez, tabaco, pastura, y otros productos agrícolas
- Plantando árboles, trabajando con árboles de navidad, cosechando las ramas de pino o el heno Español
- Cuidando, alimentando, enjaulando, o encorralando pollos, patos, guajolotes, ganado, chivos, borregos, caballos, u otros animales
- Cuidando, alimentando o recogiendo pescado, ostión, ranas, u otro producto de granjas acuáticas

**Instrucciones para completar el Formulario de Registro (lado reverso)**

1. Este Formulario de Registro debe ser completado **para cada paciente** una vez al año. Tanto los trabajadores agrícolas como sus dependientes tienen derecho a recibir asistencia médica. Registre primero al/la JDF y marque una <<x>> dentro de la casilla [ ] JDF/TA. Registre el dependiente y marque una << x >> en la casilla correspondiente para indicar si el dependiente es cónyuge, hijo, u otro pariente del trabajador.
2. Escriba **el nombre completo del paciente**; incluya dos apellidos.
3. Escriba la fecha de nacimiento del paciente en el formato siguiente: MM / DD / AA (mes, día, año).
4. Indique la identidad de género del paciente; se puede marcar más de una opción
5. Escriba el número telefónico, el domicilio completo y el área postal que el paciente usará durante su estancia en el Valle.
6. Si el paciente es un dependiente de un trabajador agrícola, escriba el nombre y fecha de nacimiento de el/la JDF en el espacio correspondiente.
7. Marque una <<x>> dentro de la casilla correspondiente, si el paciente se ha registrado en el CRVFHP en el pasado.
8. Sección I: Conteste las preguntas 1A, 1B, 2, y 3 usando la información de el/la JDF. AVISO: Las preguntas 1A, 1B y 2 tienen que ser contestadas para cada paciente; la pregunta 3 solamente tiene que ser contestado por el/la JDF.
  - **Para ser admitido en el CRVFHP, pacientes deben responder ‘sí’ a las preguntas 1A o 1B o 2.**
9. Sección II: Si el paciente es elegible para el CRVFHP, conteste todas las preguntas en Sección II (Preguntas 4-13).
  - Para la pregunta 8: si el paciente es un dependiente, la respuesta debe ser igual a la de el/la JDF
  - Para la pregunta 11: ser veterano es una persona que en el pasado fue miembro de los servicios uniformados de los Estados Unidos.
  - Para la pregunta 13: marque la respuesta que mejor refleja cómo el paciente se identifica acerca de su orientación sexual.
10. Sección III: Si el paciente es elegible para el CRVFHP, conteste todas las preguntas en Sección III (Preguntas 14 & 15).
  - Para la pregunta 14: el ingreso anual esperado debe ser calculado para toda la familia para determinar el ingreso total como un porcentaje del nivel de pobreza federal actual. Incluya los ingresos esperados procedentes de fuentes no agrícolas en el espacio indicado “otros ingresos.” También incluya el salario previsto de dependientes; si el paciente es un dependiente y no tiene su propio ingreso, anote el salario de el/la JDF.
11. El paciente o el guardián debe firmar la solicitud completada. Si el paciente o el guardián no está disponible para firmar y el entrevistador ha obtenido la información necesaria para responder a todas las preguntas, la firma del entrevistador será suficiente.
12. El entrevistador debe firmar la aplicación en el espacio indicado para la “Firma del Entrevistador” y escribir su número de teléfono, nombre registrado de la Agencia / Proveedor y la fecha en que la aplicación se ha completado (esta fecha es la fecha de registro).
13. Entrevistador guardará la copia amarilla para la Agencia / Proveedor y la copia rosada para Extensión. Por favor entregue el Formulario de Registración (la copia blanca) a través de correo electrónico cifrado o correo a:
  - Massachusetts League of Community Health Centers
  - Attention: CRVFHP
  - 40 Court Street, 10th Floor, Boston, MA 02108
  - **Por favor, NO ENTREGUE FORMULARIOS INCOMPLETOS o formularios que indican que un paciente no está calificado para el CRVFHP. Éstos serán devueltos sin procesar.**
  - **TODO TIPO DE DOCUMENTACIÓN CON INFORMACIÓN PRIVADA QUE SE ENVÍA AL CRVFHP DEBE SER INDICADO “CONFIDENCIAL.”**
14. Esta aplicación será válida hasta el 31 de Diciembre de 2017.

Copia Blanca – CRVFHP (correo)

Copia Amarilla – Agencia / Proveedor

Copia Rosada - Outreach