



**Arizona Chapter of American Academy of Pediatrics
 MEDICAL SERVICES PROJECT
 2018-19 REFERRAL FORM**

A REFERRAL FORM IS REQUIRED FOR EVERY VISIT

TO BE COMPLETED BY REFERRAL SOURCE (SCHOOL NURSE, HEALTH TECH, OR OTHER HEALTH PROFESSIONAL)

Applicant Information

Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Gender:** M F

Please fill out the information below if there are any changes since the MSP Application was completed for the 2017-18 school year. *If there are no changes, you do not need to complete the rest of this section.*

Address: _____ **City:** _____

Zip Code: _____ **Phone:** _____ **County:** _____

School: _____ **District:** _____

Reason for Referral

1. Is this a request for a same day appointment? Yes* No

*If Yes, please call a parent/guardian to confirm the child can make it to a same day appointment, if one can be scheduled. This must be done before a same day request will be processed by MSP staff.

Do you have parent/guardian confirmation? Yes No

2. What type of referral is needed? Primary Care Specialty Care

Type of specialist requested (if applicable): _____

3. What are the child's symptoms? _____

4. Do you anticipate the child needing: Glasses Prescription Medication Radiology Lab Work

5. Does the child have special needs?** No Yes _____

Mark **Yes** if the child reports with developmental or behavioral issues including Asthma, ADHD, Autism, Diabetes, Fragile X Syndrome, Life Threatening Allergy, Muscular Dystrophy, Paraplegia, Vision/Hearing Impairment

Referral Source Information

Referred by: _____ **Date:** _____

Email: _____ **Phone:** _____

School/Organization: _____ **District (if applicable):** _____

Instructions for Referral Source

- ✓ Complete an Application Form (*one per child per school year*) and Referral Form (*one per issue/visit*).
- ✓ Fax (602-532-0139) or email (MSP@azaap.org) completed forms to the AzAAP office.
- ✓ Receive an Appointment Voucher via email from MSP staff.
- ✓ Give copies of MSP Application, Referral Form and Appointment Voucher to the parent/guardian.
- ✓ Make an appointment with the provider listed on the voucher and inform MSP staff of date of service.
- ✓ Tell parent/guardian to take the Appointment Voucher to the appointment.



Capítulo de Arizona de la Academia Americana de Pediatría

Medical Services Project
(602) 532-0137 ext 401
Email: MSP@AzAAP.org
Fax: (602) 532-0139

PROYECTO DE SERVICIOS MÉDICOS FORMA DE REFERENCIA 2018-19

UNA FORMA DE REFERENCIA SE REQUIERE PARA CADA VISITA

DEBE SER COMPLETADO POR LA FUENTE DE REFERENCIA (ENFERMERA DE LA ESCUELA, TECNOLOGÍA DE LA SALUD U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD)

Información Solicitante

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Género:** M F

Por favor llene la siguiente información si hay algún cambio desde que se completó la aplicación de la MSP para el año 2017-18. Si no existen cambios, no necesita completar el resto de esta sección.

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Código postal: _____ **Teléfono:** _____ **Condado:** _____

Escuela: _____ **Distrito:** _____

Motivo de remisión

1. ¿Esto es una solicitud para una misma cita de día? Sí * No

* En caso afirmativo, por favor llame a un padre o tutor para confirmar que el niño puede llegar a una misma cita de día, si uno puede programarse. Esto debe hacerse antes de que una misma solicitud de día será procesada por personal MSP.

¿Tienes confirmación de padres? Sí No

2. ¿Qué tipo de referencia es necesario? Atención primaria Atención especializada

Tipo de especialista solicitado (si procede): _____

3. ¿Cuáles son los síntomas del niño? _____

4. Usted anticipa al niño necesita: Gafas Prescripción de medicamentos Radiología
 Trabajo de laboratorio

5. ¿El niño tiene necesidades especiales **? No Sí _____

Marca sí si informa del niño con problemas del desarrollo o de comportamiento, incluyendo asma, ADHD, autismo, Diabetes, síndrome de X frágil, alergia peligrosa para la vida, Distrofia Muscular, Paraplejia, debilitación de la visión/audición ***

Información de fuente de referencia

Referido por: _____ **Fecha:** _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

Escuela/Organización: _____ **Distrito de (si aplica):** _____

Instrucciones para la fuente de referencia

- ✓ Completar un formulario (uno por niño por año escolar) y la forma de referencia (uno por tema/visita).
- ✓ Fax (602-532-0139) o correo electrónico (MSP@azaap.org) completados formularios a la oficina MSP.
- ✓ Recibir un comprobante de cita por correo electrónico de personal MSP.
- ✓ Dé copias de aplicación de la MSP, formulario y comprobante de cita a los padres o tutores.
- ✓ Hacer una cita con el proveedor que aparece en el comprobante e informar a personal MSP de fecha de servicio.
- ✓ Dile a padres para llevar el comprobante de la cita a la cita.