



The Arizona Chapter of American Academy of Pediatrics
MEDICAL SERVICES PROJECT (MSP)
2019-2020 APPLICATION

ONE APPLICATION PER CHILD PER SCHOOL YEAR – TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

Name: _____ Date of Birth: _____ Gender: M F
Address: _____ City: _____
Zip Code: _____ Phone: _____ Email: _____
School: _____ District: _____

- 1. Does the child have a primary care doctor? Yes Not sure No
- 2. Does the child have health insurance? Yes Not sure No
 - a. If Yes, what type of insurance? AHCCCS Emergency Only AHCCCS KidsCare Other
If Yes, does the child have coverage for: Vision Dental
 - b. If you have AHCCCS, will it cover the requested services? (Please explain): _____
 - c. If No, why does the child NOT have health insurance? (Please explain): _____
- 3. Would your household like help with figuring out your insurance options? Yes Not sure No
If YES, a trained Assister will contact you to go over your insurance options and help you apply for coverage. For more information contact Keogh Health Connection - keoughhealth.org or 602-266-0397, or Cover Arizona - CoverAZ.org/connector or 1-800-377-3536.
- 4. Is the child eligible for Indian Health Service? Yes Not sure No
- 5. What is the household's monthly income?
Mother/Guardian Name: _____ Monthly Gross Income: \$ _____
Father/Guardian Name: _____ Monthly Gross Income: \$ _____
Other Household Members: _____ Other Household Income: \$ _____
Total Number in Household: _____ Total Household Income: \$ _____
- 6. What is the applicant's race/origin? American Indian/Alaskan Native Asian Black/African American
 Hispanic/Latino/Spanish Native Hawaiian/Pacific Islander White/Caucasian Other: _____

As the parent/legal guardian of the child named above, I understand: (please read and mark each below)

- This form helps determine my child's eligibility for services through the Arizona Chapter of American Academy of Pediatrics MSP program. It does not guarantee my child will receive services.
- MSP is **NOT** health insurance, it is a public health program designed to help children with access to care. If my child is referred to a medical provider through MSP, I must pay a service fee of \$5 or \$10 per visit. A new voucher will be required for every appointment.
- MSP may be able to help cover prescriptions and/or minor diagnostic testing/procedures, up to \$500 per child per school year. This is determined on a case-by-case basis and depends on funding availability.
- MSP does not share personal information and does not collect information pertaining to residency status.
- The child's medical information will need to be exchanged between MSP, the referring professional, and the MSP Provider. I agree to the information being shared for treatment and/or payment purposes.
- If my child receives services through MSP and English is not my first language, a translator may not be available at the MSP provider's office. I should be prepared to bring an adult to translate for me.

Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____

Referred by: _____ Date: _____
E-mail: _____ Phone: _____



El Capítulo de Arizona de la Academia Americana de Pediatría
PROYECTO DE SERVICIOS MÉDICOS
2019-2020 APLICACIÓN

UNA SOLICITUD POR NIÑO POR AÑO ESCOLAR – PARA SER COMPLETADO POR PADRES

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Género:** H M
Dirección: _____ **Ciudad:** _____
Código postal: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____
Escuela: _____ **Distrito:** _____

1. ¿Tiene el niño un médico de atención primaria? Sí No estoy seguro No
2. ¿El niño tiene seguro médico? Sí No estoy seguro No
 - a. Si sí, ¿qué tipo de seguro? AHCCCS AHCCCS sólo emergencia KidsCare otros
Si sí, el niño tiene cobertura para: visión Dental
 - b. Si tiene AHCCCS, ¿cubrirá los servicios solicitados? (Por favor explique): _____
 - c. Si No, ¿por qué el niño no tiene seguro de salud? (Por favor explique): _____
3. ¿Su hogar como ayudar a determinar sus opciones de seguro? Sí no estoy seguro No
Si sí, un ayudante capacitado lo contactará para repasar sus opciones de seguro y ayudarlo a aplicar para la cobertura. Para obtener más información o para programar una cita, contacta Keogh Health Connection - keoughhealth.org o 602-266-0397, o Cover Arizona - www.CoverAZ.org/connector o 1-800-377-3536.
4. ¿El niño elegible para Indian Health Service? Sí No estoy seguro No
5. ¿Cuál es el ingreso mensual del hogar?
Nombre de la madre o tutor: _____ Ingresos brutos mensuales: \$ _____
Nombre del padre o tutor: _____ Ingresos brutos mensuales: \$ _____
Otros miembros de la familia: _____ Otros ingresos: \$ _____
Número total en casa: _____ **Ingreso total del hogar:** \$ _____
6. ¿Qué es raza/origen la solicitante? Nativo Americano o de Alaska Asia Negro/Afro Americano
 Hispanic/Latino/español Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico Blanco/Caucásico Otros: _____

Como el padre o tutor legal del niño arriba mencionado, entiendo: (por favor lea y marque a continuación)

- Esta aplicación ayuda a determinar la elegibilidad de mi hijo para los servicios a través del capítulo de Arizona de programa de la Academia Americana de Pediatría MSP. Esta aplicación *no* garantiza mi niño recibirá servicios.
- MSP **no** es un seguro, es un programa de salud pública diseñado para ayudar a los niños con acceso a la atención. Si mi hijo es referido a un médico a través de MSP, soy responsable de un cargo por servicio de \$5 o \$10 por consulta. Un nuevo vale de nombramiento será necesario para cada cita.
- MSP puede ser capaz de ayudar a recetas de cubierta o menores diagnóstico/procedimientos de prueba, hasta \$500 por niño por año escolar. Esto se determina caso por caso y depende de la disponibilidad de fondos.
- MSP *no* compartir información personal y *no* recogen información relativa al estado de residencia.
- Información médica del niño necesitará cambiarse entre MSP, la referencia profesional y el proveedor de MSP. Estoy de acuerdo a la información se comparte para tratamiento o con fines de pago.
- Si mi hijo recibe servicios a través de MSP y el inglés no es mi lengua materna, un traductor puede no estar disponible en el MSP consultorio del proveedor. Debo estar dispuesto a poner un adulto para traducir para mí.

Firma del Tutor Legal/los padres

Fecha

Referido por: _____ Fecha: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____



The Arizona Chapter of American Academy of Pediatrics
MEDICAL SERVICES PROJECT
2019-2020 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 2018-19 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.



El Capítulo de Arizona de la Academia Americana de Pediatría

**PROYECTO DE SERVICIOS MÉDICOS
FORMA DE REFERENCIA 2019-2020**

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:** H M

Por favor llene la siguiente información si hay algún cambio desde que se completó la aplicación de la MSP para el año 2018-19. 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.