



The Arizona Chapter of American Academy of Pediatrics

Medical Services Project

2024-2025 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 Other

Please fill out the information below if there are any changes since the MSP Application was completed for the 2023-24 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. Same day appointments are not guaranteed and are based on provider availability. 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 healthcare needs**? No Yes _____

**Mark Yes if the child has or is at increased risk for chronic physical, developmental, behavioral, or emotional conditions, including, but not limited to: Asthma, ADHD, Autism, Cerebral Palsy, Diabetes, Down Syndrome or other Genetic Syndromes, Life Threatening Allergy, 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).
Email (MSP@azaap.org) or fax (602-532-0139) completed forms to the AzaAAP office.
Receive an Appointment Voucher via email from MSP staff, if approved.
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 and service fee to the appointment.



El Capítulo de Arizona de la Academia Americana de Pediatría

Proyecto de Servicios Médicos
 2024-2025 Aplicación

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 **Otro**

 Por favor llene la siguiente información si hay algún cambio desde que se completó la aplicación de la MSP para el año 2023-24. *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. Las citas el mismo día no están garantizadas y se basan en la disponibilidad del proveedor. Tienes confirmación de padres? Sí No

2. ¿Qué tipo de referencia es necesario? Tipo de especialista solicitado (si procede): Atención primaria Atención especializada

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 de salud?**
 No Sí _____

**Marca sí si el niño tiene o está en mayor riesgo de afecciones físicas, de desarrollo, conductuales o emocionales crónicas, que incluyen, entre otras: asma, TDAH, autismo, parálisis cerebral, diabetes, Síndrome de Down u otros síndromes genéticos, alergia potencialmente mortal, discapacidad visual / auditiva.

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).
- ✓ Correo electrónico (MSP@azaap.org) o fax (602-532-0139) completados formularios a la oficina MSP.
- ✓ Recibir un comprobante de cita por correo electrónico de personal MSP, si se aprueba.
- ✓ 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 y la tarifa de servicio a la cita.