

Formulario de selección del proveedor

Seleccione su proveedor de elección / PCP de la lista a continuación. Los proveedores están listados por el sitio de la clínica primaria.

TENGA EN CUENTA: PUEDE ELEGIR SOLO A UN PROVEEDOR

* Notas de rotación programada a múltiples sitios clínicos

MAINLINE DERMOTT, Dermott, AR

- Jamie Evans, MD
- Kim Weeks, APRN*
- Katelan Welch, APRN

MAINLINE WILMOT, Wilmot, AR

- Dustin Strickland, APRN

MAINLINE STAR CITY, Star City, AR

- Kendal Noble, APRN
- Paul Whipple, DO
- Charlie Cruce, APRN
- April Summer McGhee, APRN
- Kacee Reynolds, APRN

MAINLINE EUDORA, Eudora, AR

- Clark Roberts, APRN

MAINLINE MONTICELLO, Monticello, AR

- Crystal Little, MD
- Holley Shelton, APRN
- Jesse Bone, APRN

MAINLINE UAM, Monticello, AR

- Amy White, APRN

MAINLINE WARREN, Warren, AR

- Kerry Pennington, MD
- Joe Wharton, MD
- Anthony Rodriguez, APRN
- Karen Richardson, APRN
- Jessica Jackson, APRN
- Leanna Huitt, APRN*

MAINLINE PORTLAND, Portland, AR

- Cynthia Stahley, APRN

MAINLINE RISON, Rison, AR

- Kimberly Golden, MD
- Tammy Green, APRN

MAINLINE SHERDIAN, Sheridan, AR

- Blayne Beene, DO
- Randi Beard, APRN
- Laura Hensley, APRN
- Brittney Hensley, APRN
- Amber Webb, APRN
- Bridget Williams, APRN

Entiendo que he elegido al proveedor marcado anteriormente como mi proveedor de elección / PCP y entiendo que se programarán citas futuras con él / ella para garantizar la continuidad y una mejor prestación de atención. En el caso de que mi proveedor no esté disponible, mi cita puede ser programada con otro proveedor. Entiendo que tengo derecho a solicitar el cambio de mi proveedor de elección / PCP a un proveedor diferente de acuerdo con la política de MHSI.

Escriba el nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

Firma del padre o representante del paciente