



### 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

\_\_\_ Kim Weeks, APRN  
\_\_\_ Katelan Welch, APRN

##### MAINLINE WILMOT, Wilmot, AR

\_\_\_ Shenika Jackson-King, APRN

##### MAINLINE STAR CITY, Star City, AR

\_\_\_ Kendal Noble, APRN  
\_\_\_ Paul Whipple, DO  
\_\_\_ Charlie Cruce, APRN  
\_\_\_ McKenna Wilkerson, APRN  
\_\_\_ Cassidy Gavin, APRN \*

##### MAINLINE EUDORA, Eudora, AR

\_\_\_ Kathryn Pippin, APRN

##### MAINLINE MONTICELLO, Monticello, AR

\_\_\_ Amy White, APRN\*  
\_\_\_ Holley Shelton, APRN  
\_\_\_ Jesse Bone, APRN  
\_\_\_ Kristen Dent, MD  
\_\_\_ Jasmine McKissick, MD

##### MAINLINE MAGNOLIA, Magnolia, AR

\_\_\_ Angela Haynes, APRN  
\_\_\_ Melissa Hamish, APRN  
\_\_\_ Forrest Woods, MD

##### MAINLINE UAM, Monticello, AR

\_\_\_ Amy White, APRN\*  
\_\_\_ Dana Phillips, APRN\*

##### MAINLINE WARREN, Warren, AR

\_\_\_ Kerry Pennington, MD  
\_\_\_ Joe Wharton, MD  
\_\_\_ Anthony Rodriguez, APRN  
\_\_\_ Leanna Huitt, APRN  
\_\_\_ Jessica Jackson, APRN

##### MAINLINE PORTLAND, Portland, AR

\_\_\_ Brittani Harrington, APRN

##### MAINLINE RISON, Rison, AR

\_\_\_ Kimberly Golden, MD  
\_\_\_ Austin Beatty, MD

##### MAINLINE SHERIDAN, Sheridan, AR

\_\_\_ Blayne Beene, DO  
\_\_\_ John Mitchell, MD  
\_\_\_ Bridget Williams, APRN  
\_\_\_ Laura Hensley, APRN  
\_\_\_ Brittney Hensley, APRN  
\_\_\_ Amber Webb, APRN  
\_\_\_ Kira Gray, 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