



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

☐ 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

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