Formulario de Selección de Proveedor

A. Por favor seleccione:

___ Estoy estableciendo o actualizando mi Proveedor de Atención Primaria (PCP).
___ Solo estoy recibiendo atención especializada (Salud Conductual, Dental, Salud de la Mujer).

B. SELECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA: Completa esta sección SOLO si estás recibiendo atención primaria. Por favor, selecciona solo una.

MAINLINE DERMOTT, Dermott, AR
___ Kim Weeks, APRN
___ Anthony Rodriguez, APRN

MAINLINE WILMOT, Wilmot, AR
___ Shenika Jackson-King, APRN

MAINLINE EUDORA, Eudora, AR
___ Kathryn Pippin, APRN

MAINLINE STAR CITY, Star City, AR
___ Kendal Noble, APRN
___ Paul Whipple, DO
___ Charlie Cruce, APRN
___ McKenna Wilkerson, APRN
___ Cassidy Gavin, APRN*

MAINLINE MONTICELLO, Monticello, AR
___ Holley Shelton, APRN
___ Jesse Bone, APRN
___ Kristen Dent, MD
___ Amy White, APRN*
___ 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
___ Jessica Jackson, APRN
___ Leanna Huitt, APRN

MAINLINE PORTLAND, Portland, AR
___ Ashley Ainsworth, 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
___ Amber Webb, APRN
___ Brittney Hensley, APRN
___ Kira Gray, APRN*

C. Selección de Proveedor Especializado: Completa esta sección si solo estás recibiendo servicios especializados.

Por favor, proporciona tu proveedor de atención primaria actual: _____

SALUD CONDUCTUAL
___ Kelli McTigrit, LCSW- Sheridan
___ Jamie Harvey, LPC- Monticello
___ Josh Wood, LPC- Monticello & Dermott
___ Annie Haynes, LCSW- UAM
___Scott Allison Johnson, LCSW- Warren
___ Shelly Wolfe, LPC- Warren School
___Tasha Lewis, LCSW-Star City II
___Angie Watson, LCSW- Sheridan
___Becca Woodall, LCSW- UAM
___ Amanda Kelley, LCSW- Star City
___ Guy Scarbrough, LAC- Star City
___ Veronica White, LAC- Magnolia
___ Andrea Dixon, LAC- Lakeside
___ Katy Brown, LMSW- Monticello
___ Marshae Shaw, LAC- Warren/Warren School
___ Meredith Hudson, LPC- Portland, Eudora, & Monticello
___Jennifer Cotton, LCSW- Monticello & Drew Central

DENTAL
___ Skylar Garner, DDS
___ Terri Eubanks, DDS

SALUD DE LA MUJER
___ Kelly Shrum, DO
___ Kristen Dent, MD
___ Jasmine McKissick, MD
___ Leah O'Fallon, APRN

Entiendo que he elegido a mi proveedor, y las próximas citas serán con él/ella para mantener la continuidad del cuidado. Si no está disponible, mi cita podría ser con otro proveedor. También tengo derecho a solicitar un cambio de proveedor, según la política de MHSI.

_____ _____ _____
Imprimir nombre del paciente Firma del paciente o del padre/tutor Fecha