

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*

MAINLINE WILMOT, Wilmot, AR

Dustin Strickland, APRN

MAINLINE STAR CITY, Star City, AR

Kendal Noble, APRN
 Paul Whipple, DO
 Charlie Cruce, APRN
 Anthony Rodriguez, APRN*

MAINLINE EUDORA, Eudora, AR

Clark Roberts, APRN

MAINLINE MONTICELLO, Monticello, AR

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

SCHOOL BASED CLINIC- SHERIDAN, Sheridan, AR

Jenay Koonce, APRN

SCHOOL BASED CLINIC- DREW CENTRAL, Monticello, AR

Dana Phillips, APRN

SCHOOL BASED CLINIC- HAMBURG, Hamburg, AR

Shenika Jackson-King, APRN

SCHOOL BASED CLINIC- PORTLAND, Portland, AR

Myra Flemister, APRN

SCHOOL BASED CLINIC- LAKE VILLAGE, Lake Village, AR

Courtney Johnson, APRN
 Sandlin Rhoads, RDH*

MAINLINE UAM, Monticello, AR

Amy White, APRN

MAINLINE WARREN, Warren, AR

Kerry Pennington, MD
 Joe Wharton, MD
 Heath Reep, APRN
 Karen Richardson, APRN
 Cynthia Stahley, APRN
 Leanna Huitt, APRN*

MAINLINE PORTLAND, Portland, AR

Myra Flemister, APRN

MAINLINE RISON, Rison, AR

Kimberly Golden, MD
 Tammy Green, APRN

MAINLINE SHERDIAN, Sheridan, AR

Scott Winston, MD
 Blayne Beene, DO
 Randi Beard, APRN
 Laura Hensley, APRN
 Brittney Hensley, APRN
 Amber Webb, APRN
 Bridget Williams, APRN

SCHOOL BASED CLINIC-EUDORA, Eudora, AR

Clark Roberts, APRN

SCHOOL BASED CLINIC- DERMOTT, Dermott, AR

Kim Week, APRN *
 Hillary Montgomery, RDH*

SCHOOL BASED CLINIC-STAR CITY, Star City, AR

Leah Williams, APRN
 Hillary Montgomery, RDH*

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