



**PREMIER PRIMARY
CARE CLINIC LLC**
"Your health is our commitment"

Premier Primary Care Clinic LLC
11351 James Watt, El Paso Tx, 79936. Bldg C-300
Phone Number: (915) 320 - 7707
Email: Premiereprimarycare@gmail.com



SCAN ME

Telemedicina: la telemedicina es la práctica de la medicina que utiliza tecnología para brindar atención a distancia. Un médico en un lugar utiliza una infraestructura de telecomunicaciones para brindar atención a un paciente en un sitio distante. La Academia Estadounidense de Médicos de Familia apoya el uso ampliado de la telemedicina como un medio apropiado y eficiente para mejorar la salud. Durante la evaluación, el proveedor evaluará al paciente utilizando los siguientes dispositivos de monitoreo remoto:

- **Estetoscopios digitales:** permiten una escucha mejorada y un examen de precisión para proveedores de todo tipo. Al digitalizar la auscultación y las grabaciones de EKG, Eko ayuda a los proveedores a almacenar, analizar y compartir fácilmente los sonidos cardíacos y pulmonares de los pacientes.
- **Otoscopio digital móvil:** proporciona a su médico imágenes y videos digitales de alta calidad de los oídos para diagnosticar con precisión al paciente.
- **Kareo Telehealth** es la solución de visita por videollamada compatible con HIPAA de próxima generación. Las visitas de telesalud se pueden realizar en una computadora o dispositivo móvil con hasta 200 participantes.

Al firmar a continuación, autorizo a Premier Primary Care Clinic a evaluar a mi hijo/dependiente utilizando los servicios de telemedicina

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Información del estudiante

Primer nombre: _____	Apellido: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento: _____	Teléfono: _____	
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____

Información de padres/tutores

Primer nombre: _____	Apellido: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento: _____	Teléfono: _____	
Correo electrónico: _____		
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Información de contacto secundario		
Nombre Completo: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____	

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendo lo anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas y acepto las condiciones y los términos anteriores y aceptó pagar todos los cargos por los que puedo ser legalmente responsable, incluidos, entre otros, limitado a los deducibles, copagos y cobros no cubiertos del seguro de salud.

Firma del padre o tutor

Formulario de Cobro de Pagos

Acepto ser totalmente responsable del pago a Premier Primary Care Clinic LLC por esta admisión o cualquier servicio si mi(s) plan(es) de seguro determina(n) que es un servicio no cubierto. También entiendo y reconozco que en el caso de servicios fuera del plan/red, puede haber beneficios reducidos y es posible que deba pagar un copago, coseguro u otro cargo mayor en caso de que mi(s) plan(es) de seguro no lo haga. no reembolsará estos servicios prestados al paciente.

Autorización de tarjeta de crédito

Acepto pagar todos los cargos por los que pueda ser legalmente responsable, incluidos, entre otros, los deducibles, copagos y no cubiertos del seguro médico.

Firma:

Fecha:

Información de la tarjeta

Nombre: _____

Apellido: _____

Número de tarjeta: _____

CVV: _____ Fecha de vencimiento: _____