

## Servicios Pagados por ScreenWise

El programa ScreenWise de Oregon se responsabiliza en cubrir los gastos principales de su visita, pero esto no incluye todos los servicios que quizás usted desee o que su doctor le recomiende. Usted aun calificara en recibir los servicios de ScreenWise aunque niegue otros servicios que se le ofrezcan o le recomienden.

Nombre (Escrito): \_\_\_\_\_

Nombre (Firma): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

-----

## Cargos no pagados por ScreenWise

Yo me responsabilizo en pagar lo siguiente:

Servicio / Producto	Estimado de Pago

**Total Estimado:** \_\_\_\_\_

Nombre (Escrito): \_\_\_\_\_

Nombre (Firma): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_