



ACCION LIABILITY FORM  
(Waiver of Non-Covered Services)

I, \_\_\_\_\_, the ACCION Program Participant, hereby agree and acknowledge that I will receive no cost colon cancer screening and diagnostic services only. I am aware and agree that I will be responsible to pay for further office visits, office procedures, hospital and surgical fees and treatment service(s) needed after a final diagnosis is obtained.

I acknowledge that I am signing this statement voluntarily, and it is not being signed under duress or after the services have already been provided. I understand that by signing this form, I will be fully responsible for my healthcare. I also understand that it is my choice to have any further services recommended by my healthcare provider and other healthcare access options provided by this organization.

Beneficiary Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Beneficiary Name (Printed) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ZC \_\_\_\_\_

Telephone # \_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

---

ACCION Forma de Responsabilidad  
(Servicios Médicos No-cubiertos)

Yo, \_\_\_\_\_, el participante del programa ACCION, por la presente reconozco y acepto recibir exámenes para diagnóstico temprano de cáncer colorectal solamente. Estoy consciente y acuerdo que seré responsable de pagar futuras consultas, procedimientos y tarifas en hospitales y médicos cirujanos, así como servicios de tratamiento necesarios después de recibir un diagnóstico final.

Yo testifico que voluntariamente he firmado este documento y que no ha sido firmado bajo ningún tipo de presión después de haber recibido los servicios médico solicitados. Entiendo que al firmar esta forma, seré totalmente responsable por el cuidado de mi salud. También se me ha informado que yo tengo la opción de aceptar o rehusar proseguir con cualquier recomendación hecha por el doctor o por esta organización sobre el lugar a donde acudir a recibir tratamiento futuro.

Firma de Beneficiaria \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (Impreso) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

# Teléfono \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_