



Notice of Privacy Practices Aviso de Practicas de Privacidad



I hereby acknowledge receipt of Family Health Centers', Inc. "Notice of Privacy Practices".
(*Por la presente acuso recibo de Family Health Centers', Inc. "Aviso de prácticas de privacidad".*)

Print Name (*Nombre*): _____

Signature (*Firma*): _____ Date (*Fecha*): _____

Witness Print
(*Firma de Testigo*): _____ Sign: _____ Date: _____