



PHYSICIANS' CENTER, P. A.
Family Medicine & Minor Emergencies

Richard C. Male Jr., D.O.
And Associates

PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT FORM

I have read the notice of privacy practices and I have been provided an opportunity to review it.

Patient Name

Birthdate

Signature

Date

Responsible party (if patient is minor)

Date

FORMA DE RECONOCIMIENTO

He leído la forma de privacidad y me han dado la oportunidad de leerla y hacer preguntas sobre ella.

Nombre de paciente

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha de Hoy

Firma de responsable persona

Fecha de Hoy