

**POWER EMERGENCY PATIENT ASSISTANCE**

*(ASISTENCIA AL PACIENTE INTERRUPTOR DE EMERGENCIA)*

**NAME** *(NOMBRE):* \_\_\_\_\_

**PHONE NUMBER** *(NUMERO DE TELEFONO):* \_\_\_\_\_

**SECONDARY PHONE** *(TELEFONO SECUNDARIO):* \_\_\_\_\_

**PHYSICAL ADDRESS** *:(DIRECCION FISICA):* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT & PHONE NUMBER:**

*(NÚMERO DE CONTACTO Y TELÉFONO DE EMERGENCIA):*

**PLEASE LIST ALL MEDICAL EQUIPMENT AND  
MEDICATION USED ON A DAILY BASIS:**

*(POR FAVOR ENUMERE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS Y  
MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN UNA BASE DIARIA)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Please mail completed form to:** *(Por favor envíe el formulario completado a:)*

**Rankin County Hospital District**  
**PO Box 327**  
**Rankin, TX 79778**