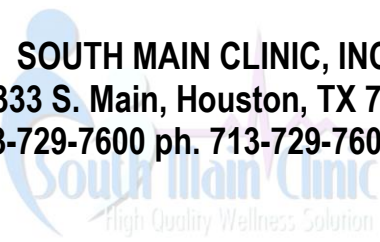


SOUTH MAIN CLINIC, INC
12333 S. Main, Houston, TX 77036
713-729-7600 ph. 713-729-7603 fax



Dear Patient:

Subject: Pain Medication and Chronic Pain Management

We have made a personal decision in our practice **not to treat or manage any type of chronic pain problems and or sleep disorders.**

It is our policy and our right to refuse to treat chronic pain or sleep disorders and you must contact a pain management physician or another physician for such drugs as **Vicodin, Soma, Lortab, Xanax, Ambien, Roserem and similar drugs.**

I have read this policy and I agree to follow it and I will **never** ask for nor expect these types of drugs or treatment of a chronic pain problem and or sleep disorders

Patient Signature: _____

Respetado Paciente:

South Main Clinic es una práctica de Medicina Familiar por lo tanto no provee medicina para el manejo del dolor crónico o problemas del sueño tales como Vicodin, Soma, Lortab, Xanax, Ambien, Roserem, etc. Si usted es un paciente que necesita esta clase de medicinas debe ser contralado periodicamente por un doctor especializado en manejo del dolor crónico.

He leído este documento y estoy de acuerdo con las polizas expresadas por South Main Clinic.

Firma del Paciente: _____