



University of Kentucky
College of Medicine

Department of Anesthesiology
Perioperative, Critical Care
and Pain Medicine
Albert B. Chandler Hospital
800 Rose Street
Lexington, KY 40536-0293
Phone: 859 323-5956
Fax: 859 323-1080
www.uky.edu

An Equal Opportunity University

A quien le interese:

Doy mi permiso a _____ para el uso de la información
médica y personal anonimizada de _____

para crear y publicar un informe de caso para su publicación en una revista médica científica.

Entiendo que, si tengo preguntas o inquietudes adicionales, debo comunicarme con _____
en el Departamento de Anestesiología, a la dirección indicada anteriormente.

Firma del paciente o representante legal
Signature of Patient or Legally-Authorized Representative

Nombre escrito del paciente
Written Name of Patient

Nombre escrito del representante legal y parentesco al paciente
Written Name & Relationship of Legally-Authorized Representative

Fecha y hora
Date & Time