



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](http://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*