|  |  |
| --- | --- |
| ICMJE FORMATO DE DECLARACIÓN | |
| **Fecha:** | Click or tap to enter a date. |
| **Nombre:** | Click or tap here to enter text. |
| **Título del Manuscrito:** | Click or tap here to enter text. |
| **Número del Manuscrito (en caso de saberlo):** | Click or tap here to enter text. |
| En favor de la transparencia, le pedimos que declare todas las relaciones/actividades/intereses listados a continuación que estén relacionados con el contenido del manuscrito. “Relacionado” significa cualquier relación con terceros con o sin fines de lucro, cuyos intereses puedan verse afectados por el contenido del manuscrito. La declaración representa un compromiso con la transparencia y no indica necesariamente un sesgo. Si tiene dudas sobre reportar o no una relación/actividad/interés, es preferible que lo reporte.  Las relaciones/actividades/intereses del autor deben definirse ampliamente. Por ejemplo, si su manuscrito se refiere a la epidemiología de la hipertensión, debe declarar todas las relaciones con los fabricantes de medicamentos antihipertensivos, incluso si esos medicamentos no se mencionan en el manuscrito.  En el punto #1 a continuación, informe todo el apoyo al trabajo presentado en este manuscrito sin límite de tiempo. Para todos los demás puntos, el período de divulgación es de los últimos 36 meses. | |

|  | | | **Indique todas las entidades con las que usted tiene esta relación o indique ninguna. Adicione filas si es necesario.** | **Especificaciones/Comentarios (p. ej. Si hubo pagos hechos a usted o a su institución)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Periodo de reporte: Desde la planeación inicial del trabajo.** | | | | |
| **1** | Todo el apoyo obtenido para el presente manuscrito (p. ej. financiación, provisión de materiales de estudio, redacción médica, costos por procesamiento de artículos, etc.)  **No hay periodo de tiempo límite para reportar este apoyo.** | | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  | Click the tab key to add additional rows. | | |
| **Periodo de reporte: últimos 36 meses** | | | | |
| **2** | | Subvenciones o contratos otorgados por cualquier entidad (si no se indica en el punto anterior). | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **3** | | Regalías o licencias | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **4** | | Cargos de Consultoría | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **5** | | Pagos u honorarios por conferencias, presentaciones, oficinas de oradores, redacción de manuscritos o eventos educativos. | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **6** | | Pago por testimonio experto. | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **7** | | Apoyo para asistir a reuniones y/o viajes | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **8** | | Patentes planeadas, otorgadas o pendientes. | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **9** | | Participación en una Junta de Monitoreo de Seguridad de Datos o Junta Asesora | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **10** | | Rol de liderazgo o fiduciario en otra junta, sociedad, comité, grupo defensor, pago o no pago. | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **11** | | Acciones u opciones bursátiles | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **12** | | Recepción de equipos, materiales, medicamentos, redacción médica, obsequios u otros servicios | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **13** | | Otros intereses financieros o no financieros | |  |  | | --- | --- | |  | **Ninguna** |  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | | |
|  | |  |  | |
| **Por favor coloque una "X" junto a la siguiente declaración para indicar su aceptación:** | | | | |
|  | | Certifico que he respondido todas las preguntas y que no he alterado la redacción de ninguna pregunta en este formato. | | |

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del autor (a):

Fecha: