



Actas Peruanas de Anestesiología

FORMULARIO ADAPTADO DE DIVULGACIÓN DEL ICMJE

Fecha: 31 de enero del 2026

Su nombre: _____

Título del manuscrito: _____

Número de manuscrito (si se conoce): Haga clic o toque aquí para ingresar texto.

En aras de la transparencia, le pedimos que revele todas las relaciones/actividades/intereses enumerados a continuación que estén relacionados con el contenido de su manuscrito. "Relacionado" significa cualquier relación con terceros con o sin fines de lucro cuyos intereses puedan verse afectados por el contenido del manuscrito. La divulgación representa un compromiso con la transparencia y no indica necesariamente un sesgo. Si tiene dudas sobre si listar una relación/actividad/interés, es preferible que lo haga.

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 informado en este manuscrito sin límite de tiempo. Para todos los demás elementos, el período de divulgación es de los últimos 36 meses.

	Nombre todas las entidades con las que tiene esta relación o no indique ninguna (agregue filas según sea necesario)	Especificaciones/Comentarios (p. ej., si se le hicieron pagos a usted o a su institución)						
Plazo: Desde la planificación inicial de la obra								
1	Todo el apoyo para el presente manuscrito (p. ej., financiamiento, provisión de materiales de estudio, redacción médica, cargos por	☐ Ninguna <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>						



Actas Peruanas de Anestesiología

		Nombre todas las entidades con las que tiene esta relación o no indique ninguna (agregue filas según sea necesario)	Especificaciones/Comentarios (p. ej., si se le hicieron pagos a usted o a su institución)								
	procesamiento de artículos, etc.) No hay límite de tiempo para este artículo.										
Periodo de tiempo: últimos 36 meses											
2	Subvenciones o contratos de cualquier entidad (si no se indica en el punto n.º 1 anterior).	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
3	Regalías o licencias	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
4	Tarifa de consulta	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
5	Pago u honorarios por conferencias, presentaciones, oficinas de oradores, redacción de manuscritos o eventos educativos	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									



Actas Peruanas de Anestesiología

		Nombre todas las entidades con las que tiene esta relación o no indique ninguna (agregue filas según sea necesario)	Especificaciones/Comentarios (p. ej., si se le hicieron pagos a usted o a su institución)						
6	Pago por testimonio pericial	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
7	Apoyo para asistir a reuniones y/o viajes	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
8	Patentes planeadas, emitidas o pendientes	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
9	Participación en una Junta de Monitoreo de Seguridad de Datos o Junta Asesora	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
10	Liderazgo o papel fiduciario en otra junta, sociedad, comité o grupo de defensa, remunerado o no remunerado	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							



Actas Peruanas de Anestesiología

		Nombre todas las entidades con las que tiene esta relación o no indique ninguna (agregue filas según sea necesario)	Especificaciones/Comentarios (p. ej., si se le hicieron pagos a usted o a su institución)						
11	Acciones u opciones sobre acciones	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
12	Recepción de equipos, materiales, medicamentos, escritura médica, obsequios u otros servicios	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
13	Otros intereses financieros o no financieros	☐ Ninguna <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							

Coloque una "X" junto a la siguiente declaración para indicar su acuerdo:

☐ Certifico que he respondido todas las preguntas y que no he alterado la redacción de ninguna de las preguntas de este formulario.

Firma del autor
(Nombre Completo)