

Declaración de Intereses

FECHA:	Click or tap to enter a date.
NOMBRE:	Click or tap here to enter text.
TITULO DEL MANUSCRITO:	Click or tap here to enter text.
Número de Manuscrito (si sabe)	Click or tap here to enter text.

En aras de la transparencia, le pedimos que manifieste todas las relaciones/ actividades/intereses que se enumeran a continuación y que están 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. El manifiesto representa un compromiso con la transparencia y no necesariamente indica un sesgo. Si tiene dudas sobre si enumerar una relación / actividad / interés, es preferible que lo haga.

Las relaciones/actividades/intereses del autor deben definirse ampliamente. Por ejemplo, si su manuscrito pertenece a la epidemiología de la hipertensión, debe declarar todas las relaciones con los fabricantes de medicamentos antihipertensivos, incluso si ese medicamento no se menciona en el manuscrito.

En el punto # 1 a continuación, declare todo el apoyo para el trabajo informado en este manuscrito, sin límite de tiempo. Para todos los demás elementos, el tiempo para la declaración son los últimos 36 meses.

		Asigne un nombre a todas las entidades con las que tenga relación o indique ninguna. (Agregue filas de ser necesario)	Especificaciones/comentarios (por ejemplo si se realizaron pagos a usted o a su institución)						
Plazo: Desde la planificación inicial a la obra									
1	Todo el apoyo para el presente manuscrito (por ejemplo, financiación, suministro de materiales de estudio, redacción médica, cargos de procesamiento de artículos, etc.) No hay límite de tiempo para este artículo.	<input type="checkbox"/> Ninguno	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">Click the tab key to add additional rows.</td></tr></table>						Click the tab key to add additional rows.
	Click the tab key to add additional rows.								
Plazo: Últimos 36 meses									
2	Subvenciones o contratos de cualquier entidad (si no se indican en el punto # 1 anterior).	<input type="checkbox"/> Ninguno	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td style="text-align: center;">Click the tab key to add additional rows.</td></tr></table>						Click the tab key to add additional rows.
	Click the tab key to add additional rows.								

		Asigne un nombre a todas las entidades con las que tenga relación o indique ninguna. (Agregue filas de ser necesario)	Especificaciones/comentarios (por ejemplo si se realizaron pagos a usted o a su institución)								
3	Regalías o licencias	<input type="checkbox"/> Ninguno <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>									
4	Honorarios de Consultoría	<input type="checkbox"/> Ninguno <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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	Pagos u honorarios por conferencias, presentaciones, oficinas de oradores, redacción de manuscritos o eventos educativos	<input type="checkbox"/> Ninguno <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
6	Pago por testimonio pericial	<input type="checkbox"/> Ninguno <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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	<input type="checkbox"/> Ninguno <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
8	Recepción de equipos, materiales, medicamentos, escritos médicos, regalos u otros servicios	<input type="checkbox"/> Ninguno <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									

		Asigne un nombre a todas las entidades con las que tenga relación o indique ninguna. (Agregue filas de ser necesario)	Especificaciones/comentarios (por ejemplo si se realizaron pagos a usted o a su institución)								
9	Otros intereses financieros o no financieros	<input type="checkbox"/> Ninguno <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 40px;"></td><td style="width: 50%; height: 40px;"></td></tr> <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 a todas las preguntas y no he modificado la redacción de ninguna de las preguntas de este formulario.											