|  |  |
| --- | --- |
|  | **FORMULARIO DE MANIFIESTO DE ICMJE** |
| **Fecha:** |  |
|  |  |
| **Nombre:** |  |
|  |  |
| **Título del manuscrito:** |  |
|  |  |
| **Número de manuscrito (si se**  **conoce):** |  |
| 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 esta relación o indique ninguna (agregue filas según sea necesario)** | | | **Especificaciones/Comentarios (por ejemplo, si se realizaron pagos a usted o a su institución)** | |
| **Plazo: Desde la planificación inicial de 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.** | | **X Ninguno** | | | | |
|  |  |  |  | |
|  | |  | |
|  | | Haga clic en la tecla de tabulación para agregar filas adiciona | |
|  | | | | |
| **Plazo: últimos 36 meses** | | | | | | | |
| **2** | | Subvenciones o contratos de cualquier entidad (si no se indican en el punto # 1 anterior). | **X Ninguno** | | | | |
|  |  |  | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Asigne un nombre a todas las entidades con las que tenga esta relación o indique ninguna (agregue filas según sea necesario)** | | | | **Especificaciones/Comentarios (por ejemplo, si se realizaron pagos a usted o a su institución)** | |  |
| **3** | Regalías o licencias | X | | | **Ninguno** | | |  |
|  | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | | | |
| **4** | Honorarios de consultoría | **X Ninguno** | | | | | |
|  |  |  | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | | | |
| **5** | Pago u honorarios por conferencias, presentaciones, oficinas de oradores, redacción de manuscritos o eventos educativos | * **Ninguno** | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | | | |
| **6** | Pago por testimonio pericial | **X Ninguno** | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | | | |
| **7** | Apoyo para asistir a reuniones y/o viajes | **X Ninguno** | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | | | |
| **8** | Patentes previstas, expedidas o pendientes | **X Ninguno** | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | | | |
| **9** | Participación en una Junta de Monitoreo de Seguridad de Datos o Junta Asesora | **X Ninguno** | | | | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | | | |
| **10** | Liderazgo o rol fiduciario en otra junta, sociedad, comité | **X Ninguno** | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Asigne un nombre a todas las entidades con las que tenga esta relación o indique ninguna (agregue filas según sea necesario)** | | | **Especificaciones/Comentarios (por ejemplo, si se realizaron pagos a usted o a su institución)** | |  |
|  | o grupo de defensa, remunerado o no pagado |  | | | | |
|  |  |  | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | | | |  |
| **11** | Acciones u opciones sobre acciones | **X Ninguno** | | | | |  |
|  |  |  | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | | | |
| **12** | Recepción de equipos, materiales, medicamentos, escritos médicos, regalos u otros servicios | **X Ninguno** | | | | |  |
|  |  |  | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | | | |
| **13** | Otros intereses financieros o no financieros | X **Ninguno** | | | | |  |
|  |  |  | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | | | |
| **Coloque una "X" junto a la siguiente declaración para indicar su acuerdo:** | | | | |  |  |  |
| X | Certifico que he respondido a todas las preguntas y no he modificado la redacción de ninguna de las preguntas de este formulario. | | | | | |

"This is a Spanish language translation/reprint of the ICMJE Disclosure Form. Luis Gabriel Cuervo, doctoral student at the Universitat Autònoma de Barcelona, prepared this reprint/translation on his own time and capacity. The ICMJE has not endorsed nor approved the contents of this reprint/translation. The official version of the ICMJE Disclosure Form is located at [www.ICMJE.org.](http://www.ICMJE.org/) Users should cite this official version when citing the document."