

## SOLICITUD DE REVISIÓN DE MANUSCRITO

NO utilizar áreas sombreadas (coloque su cursor dentro del área blanca para llenar la información).		Fecha de envío:		
<b>1) Título del manuscrito e indicar sección:</b>				
Editorial <input type="checkbox"/>	Artículo original <input type="checkbox"/>	Artículo de revisión <input type="checkbox"/>		
Ideas y perspectivas <input type="checkbox"/>	Caso clínico <input type="checkbox"/>	Imagenología respiratoria <input type="checkbox"/>	Mundo respiratorio <input type="checkbox"/>	
Carta al editor <input type="checkbox"/>				
<b>2) Autores</b>				
Nombre	Posición en el manuscrito	Adscripción	Teléfono (ext.)	Correo electrónico
<b>3) Lista de cotejo y/o Lista de verificación (descargar formato)</b>				
Marque en el cuadro en blanco con una X si se ha completado el rubro				
Figuras, gráficas y tablas, en archivos electrónicos separados del texto, numerados y en extensión JPG.				
Pies de figuras/tablas debidamente referenciadas en archivo electrónico aparte y numerado.				
Todos los autores están de acuerdo con el manuscrito y han firmado la carta de <i>Solicitud de Revisión de Manuscrito y Transferencia de Derechos de Autor</i> .				
Presentan carta de Solicitud de Revisión de Manuscrito (escaneo y/o envío electrónico).				
Hemos revelado información que pueda ser fuente potencial de conflicto de intereses.				
En caso necesario especificar aquí:				
<b>4) Revelación de información</b>				
Declaración de relaciones de tipo comercial o de apoyo financiero que potencialmente puedan conformar conflicto de intereses: financiamiento, apoyos especiales, dádivas por parte de entidades diversas (industria, fundaciones, ONG, instituciones gubernamentales, etc.). Puede ser por parte de uno de los autores o como grupo. En caso afirmativo aclararlo en el cuadro adjunto:				
<b>Ningún conflicto:</b>		<b>Potencial conflicto:</b>	<b>Especificar:</b>	
<b>5) Carta de Solicitud de Revisión de Manuscrito y Transferencia de Derechos de Autor</b>				
Para considerar este documento válido debe venir firmado por todos y cada uno de los autores del manuscrito presentado. Enviar electrónicamente. Teléfono: 55 5487 1700 ext., 5145. Correo electrónico INER: neumolcirtorax@gmail.com				
Los autores que participamos en el manuscrito arriba mencionado lo proponemos voluntariamente a la consideración del Comité Editorial de la revista <b>Neumología y Cirugía de Tórax</b> y libremente declaramos:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que conocemos todos los aspectos del estudio y somos responsables de lo que aparece en el manuscrito.</li> <li>• Que hemos declarado la existencia o no de potencial conflicto de intereses.</li> <li>• Que el manuscrito representa un trabajo original y no ha sido publicado previamente.</li> <li>• Que aceptamos el dictamen que se realice.</li> <li>• Que en caso de ser publicado transferimos los derechos de autor a la revista <b>Neumología y Cirugía de Tórax</b>.</li> </ul>				
Nombre del autor	Firma			