

**FORMATO DE DECLARACIÓN DE AUTORÍA  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL “CASUS MERCEDES”  
HOSPITAL “LAS MERCEDES” - CHICLAYO**



**I. DATOS DEL REPORTE**

- Título del Reporte de Caso Clínico: \_\_\_\_\_
- Código del Caso Clínico: \_\_\_\_\_

**II. DECLARACIÓN**

Los autores del presente reporte de caso clínico declaran haber participado de manera sustancial en su elaboración, cumpliendo con los criterios de autoría académica establecidos por la normativa institucional del Repositorio Institucional “CASUS MERCEDES”.

Asimismo, declaran haber contribuido en una o más de las siguientes actividades:

- Identificación y selección del caso clínico.
- Revisión de la historia clínica.
- Análisis de la información clínica.
- Redacción del manuscrito.
- Revisión crítica del contenido académico.
- Aprobación de la versión final del reporte.

**III. RESPONSABILIDAD**

Los autores asumen responsabilidad compartida por:

- La integridad del contenido académico.
- La veracidad de la información presentada.
- El cumplimiento de los principios éticos aplicables.
- La correcta aplicación de los criterios de anonimización.

**IV. RELACIÓN DE AUTORES Y CONTRIBUCIÓN**

N°	Nombre del Autor	Condición (Interno / Residente)	Tipo de Contribución	Firma
1		Interno		
2		Interno		
3		Interno		
4		Interno		
5		Interno		
6		Residente Asesor		

**V. APROBACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL**

Los autores declaran haber revisado y aprobado la versión final del presente reporte de caso clínico antes de su depósito en el Repositorio Institucional.

**VI. FECHA**

Fecha: \_\_\_\_\_