

**FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS**  
**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 que no mantienen conflictos de interés de carácter personal, profesional, financiero o institucional que puedan influir de manera inapropiada en la elaboración del mismo.

Asimismo, manifiestan que:

- No han recibido financiamiento externo relacionado con el presente reporte.
- No mantienen relaciones laborales o comerciales con entidades que pudieran beneficiarse de la utilización académica del caso clínico.
- La información presentada responde exclusivamente a fines académicos y formativos.

**III. EN CASO DE EXISTIR CONFLICTO DE INTERÉS**

En caso de existir algún conflicto de interés potencial, deberá ser declarado a continuación por el autor correspondiente:

---



---



---

**IV. RELACIÓN DE AUTORES**

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

**V. DECLARACIÓN FINAL**

Los autores declaran que la información consignada en el presente documento es veraz y que cualquier omisión será de su exclusiva responsabilidad.

**VI. FECHA**

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