

**VICEMINISTERIO DE FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD**  
Dirección de Investigación en Salud

## Revista Dominicana de Salud Pública

### Declaraciones del Autor

Cada autor debe leer y firmar la declaración de autoría y contribuciones, la declaración de conflictos de interés y la declaración de exclusividad de derecho de publicación. Una vez firmado el documento por cada autor, se deben unir todos los documentos en un archivo común en formato PDF para ser enviado junto con el manuscrito.

Título del manuscrito \_\_\_\_\_

Nombre completo del autor \_\_\_\_\_

### 1. Declaración de autoría y sus contribuciones

Yo declaro haber contribuido sustancialmente en la concepción, planificación, diseño, ejecución y análisis del trabajo. He participado en la redacción del manuscrito y/o revisado su contenido hasta la aprobación de su versión final sometida a la Revista Dominicana de Salud Pública. Soy responsable de todas las partes del manuscrito en las que contribuí y estoy dispuesto a dar respuesta ante cualquier duda relacionada a su validez o integridad.

Contribuciones del autor *(marcar todas las que apliquen)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Concepción y diseño del trabajo    | <input type="checkbox"/> Recopilación de datos                    |
| <input type="checkbox"/> Análisis e interpretación de datos | <input type="checkbox"/> Redacción del manuscrito                 |
| <input type="checkbox"/> Revisión del manuscrito            | <input type="checkbox"/> Otras contribuciones (especificar) _____ |

Firma del autor \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

### Acuerdo de autoría

Adicionalmente, al firmar esta declaración, confirmo que todos los autores mencionados en el manuscrito han revisado minuciosamente y dado su aprobación para el mismo y que no hay otras personas que cumplan con los criterios de autoría, pero que no estén enlistados. Confirmando, además, que la secuencia de los autores presentados en el manuscrito ha sido aprobada de forma unánime. Entiendo que el autor correspondiente o designado funge como enlace principal para el proceso editorial y es responsable de comunicar el progreso, revisiones y obtener la aprobación de la versión mejorada de todos los coautores..

Firma del autor \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

### 2. Declaración de conflictos de intereses

Por este medio, Yo declaro cualquier conflicto de interés que pueda haber influido en la investigación, la interpretación de los datos o la preparación del manuscrito. Al colocar mi firma, afirmo que he proporcionado información precisa y completa sobre cualquier posible conflicto de interés. Dando por entendido que la transparencia es crucial para mantener la integridad del proceso científico y que la falta de divulgación de los conflictos de intereses puede dar lugar a la retractación o retiro del manuscrito de la consideración para ser publicado en la Revista Dominicana de Salud Pública.

Indique a continuación el nombre de las entidades o personas con las cuales tiene o ha tenido relación en los últimos 3 años, que podría representar algún conflicto de interés financiero, personal o profesional relacionado al tema tratado en el manuscrito. Si no hay conflictos de intereses, marque “**Ninguno**” en el recuadro correspondiente.

**VICEMINISTERIO DE FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD**  
Dirección de Investigación en Salud

## Revista Dominicana de Salud Pública

Conflicto de interés	Descripción del conflicto de interés <i>(por ejemplo, si usted o la entidad a la que está afiliado ha recibido remuneración o algún otro tipo de beneficio en relación al tema tratado en el manuscrito)</i>

Ninguno

Firma del autor \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

### 3. Declaración de exclusividad de derecho de publicación

Yo reconozco y otorgo a la Revista Dominicana de Salud Pública el derecho exclusivo de publicación, reproducción, distribución y archivo en todas sus formas o medios que puedan desarrollarse a corto, mediano y largo plazo del manuscrito enviado, si es aceptado para su publicación. Afirmando que el manuscrito sometido a la revista no ha sido publicado anteriormente, ni se encuentra en proceso de publicación en otra revista simultáneamente.

Asimismo, reconozco que las modificaciones posteriores al envío del manuscrito serán realizadas de acuerdo a los lineamientos editoriales de la revista y declaro que he obtenido todos los permisos y consentimientos necesarios para cualquier material protegido por derechos de autor, incluidas tablas, figuras o imágenes, utilizadas en el manuscrito, y que se ha proporcionado la atribución adecuada requerida.

Al firmar esta declaración, doy por entendido que el manuscrito, en su forma final y aceptada, será publicado únicamente por la Revista Dominicana de Salud Pública y no será publicado en ninguna otra revista, libro o medio sin el permiso explícito de la misma.

Firma del autor \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

*Envíe este formulario completo junto con el envío del manuscrito.*