



## SOLICITUD DE REVISIÓN DE MANUSCRITO

NO utilizar áreas sombreadas (coloque su cursor dentro del área blanca para llenar la información).		Fecha de envío:	
1) Título del manuscrito e indicar sección: Original <input type="checkbox"/> ; Revisión <input type="checkbox"/> ; Caso clínico <input type="checkbox"/> ; Editorial <input type="checkbox"/> ; Carta al editor <input type="checkbox"/>			
2) Autores			
Nombre	Posición en el manuscrito	Adscripción	Teléfono (ext.)
Para agregar autores coloque el cursor por fuera de la última celda (encima de la R) y dé ENTER			
3) Lista de cotejo			
Marque en el cuadro en blanco con una X si se ha completado el rubro			
Manuscrito impreso original, o bien en CD en Word y con nombre del archivo.			
Gráficas, cuadros, dibujos, fotografías e ilustraciones, en hojas o archivo electrónico aparte y numerado.			
Pie de figuras/cuadros debidamente referenciada en hoja o 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 (entrega personal o escaneo y envío electrónico).			
Hemos revelado información que pueda ser fuente potencial de conflicto de interés.			
En caso necesario especificar aquí:			
4) Revelación de información			
Declaración de relaciones de tipo comercial o de apoyo financiero que potencialmente puedan conformar conflicto de interés: 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:			
Ningún conflicto:	Potencial conflicto:	Especificar:	
5) Carta de Solicitud de Revisión de Manuscrito y Transferencia de Derechos de Autor			
Para considerar este documento válido debe venir firmado por todos y cada uno de los autores del manuscrito presentado. Deben imprimir todo el documento (solicitud completa) y firmarlo para ser enviado personalmente, o bien electrónicamente (si es escaneado). Los autores deben enviar el original firmado por correo a la Oficina Editorial del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI. México, D.F., 14080. Teléfono 54 87 17 00 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 interés.</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	
Para agregar autores coloque el cursor por fuera de la última celda (encima de la R) y dé ENTER			