**Para ser completado por el autor**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE ENTREGA Y REGISTRO** | | | | | | |
| **Autor:** | | | | | **ÁREA:** | |
| **Primer coautor:** | | | | |
| **TITULO:** |  | | | | | |
| **Corresponde a:** | | **DIAGNOSTICO O EVALUACIÓN** |  | **TRATAMIENTO O MANEJO** | |  |

**Para ser completado por la División de Investigación (documentos que entrega)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Formato de reporte /informe de caso clínico impreso y electrónico | SI |  | NO |  |
| **2.** | Copia de carta de consentimiento para el reporte/informe de caso clínico escaneada | SI |  | NO |  |
| **3.** | Declaratoria de conflicto de interés, pertinencia del reporte/informe de caso clínico impreso y electrónico | SI |  | NO |  |
| **4.** | Formato pre-registro (firmado por subdirector de investigación y con sello respectivo) impreso original/ con copia para acuse (OBLIGATORIO) | SI |  | NO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE ENTREGA:** | **NUMERO DE SEGUIMIENTO:** |

1. **REPORTE /INFORME DE CASO CLÍNICO**

**Complete según se solicite.**

**I. DATOS GENERALES**

1. **INFORMACIÓN PARA EXPEDIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERSIÓN:** |  | **SEDE:** |
| **FECHA:** | **(día/mes/año)** | **ÁREA:** |

1. **PARTICIPANTES**

**AUTOR 1. COAUTOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Nombre: |  |
| Adscripción: |  | Adscripción: |  |
| Cargo: |  | Cargo: |  |
| Teléfono/ext.: |  | Teléfono/ext.: |  |
| Correo electrónico: |  | Correo electrónico: |  |
| **Firma** |  | **Firma** |  |

**2. COAUTOR 3. COAUTOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Nombre: |  |
| Adscripción: |  | Adscripción: |  |
| Cargo: |  | Cargo: |  |
| **Firma** |  | **Firma** |  |

**II. ESTRUCTURACIÓN DEL CASO CLÍNICO**

1. **TÍTULO**

|  |
| --- |
|  |

1. **PALABRAS CLAVES (en español e inglés)**

|  |
| --- |
|  |

1. **RESUMEN**

|  |
| --- |
|  |

1. **INTRODUCCION**

|  |
| --- |
|  |

1. **HALLAZGOZ CLÍNICOS**

|  |
| --- |
|  |

1. **INTERVENCIÓN TERAPEUTICA**

|  |
| --- |
|  |

1. **SEGUIMIENTO Y RESULTADOS**

|  |
| --- |
|  |

1. **DISCUSIÓN**

|  |
| --- |
|  |

1. **RECOMENDACIONES (OPCIONALY SI LO AMERITA)**

|  |
| --- |
|  |

1. **PERSPECTIVA DEL PACIENTE (OPCIONAL Y SI LO AMERITA)**

|  |
| --- |
|  |

1. **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formato de referencias bibliográfica:** |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**III. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

**Describa en función a lo referido en la guía:**

|  |
| --- |
| **a) CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |

|  |
| --- |
| **b) CONFLICTOS DE INTERESES:** |

**IV. TABLAS/IMAGENES**

**Incorpore conforme requiera, señalando número de tabla o figura, e incorporando información del contenido en el pie de tabla y/o figura**