**Declaración de conflicto de intereses**

**\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del, \_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Día Mes Año**

**Revista Salud y Bienestar Social**

**Facultad de Enfermería**

**Universidad Autónoma de Yucatán**

Por medio de la presente se expresa que los autores, abajo firmantes, del artículo titulado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaramos no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero, ni académico que pueda influir en nuestro juicio.

*Datos de cada autor/a: Escribir los datos de cada autor del artículo postulado y señalar el de contacto.*

Nombre y apellido:

Filiación institucional (Universidad, Facultad y Departamento):

Dirección postal completa:

Teléfono:

e-mail:

Firma y fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido:

Filiación institucional (Universidad, Facultad y Departamento):

Dirección postal completa:

Teléfono:

e-mail:

Firma y fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido:

Filiación institucional (Universidad, Facultad y Departamento):

Dirección postal completa:

Teléfono:

e-mail:

Firma y fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido:

Filiación institucional (Universidad, Facultad y Departamento):

Dirección postal completa:

Teléfono:

e-mail:

Firma y fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido:

Filiación institucional (Universidad, Facultad y Departamento):

Dirección postal completa:

Teléfono:

e-mail:

Firma y fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido:

Filiación institucional (Universidad, Facultad y Departamento):

Dirección postal completa:

Teléfono:

e-mail:

Firma y fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_