



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dirección Terapéutica Central

Departamento de Dispositivos Médicos

Formulario de declaración de conflicto de intereses

Confidencial

Luego de haber leído la información referente a la declaración de conflictos de intereses formulo la siguiente declaración

Instrucciones

Nombre(s) Apellido(s): _____

Profesión: _____ Especialidad: _____ No de Colegiado: _____

Servicio Médico: _____ Unidad Médica: _____

Insumo a incluir: _____ Fecha: _____

1. **Si** _____ **No** _____ tengo personas estrechamente vinculadas¹, que sean propietarios, socios o empleados de alguna empresa que tenga calidad de proveedor del insumo en mención.
 2. **Si** _____ **No** _____ tengo participación como propietario, socio, empleado o beneficiario con alguna empresa que tengan calidad de proveedor para el insumo en mención. Si la respuesta es SI, especifique:

 3. **Si** _____ **No** _____ dejaré influenciar mi opinión por intereses, relaciones familiares o sentimentales u otro tipo de relación con otros profesionales médicos.
 4. **Si** _____ **No** _____ recibo apoyo y/o financiación para una investigación científica relacionada con el dispositivo médico.
 5. **Si** _____ **No** _____ tengo personas estrechamente vinculadas¹, que sean propietarios o socios de una sociedad que sea proveedor del estado. Si la respuesta es SI, especifique:

 6. **Si** _____ **No** _____ poseo conflicto de intereses de índole económico afinidades políticas o de relación directa con la industria de la salud (farmacéuticas, tecnología sanitaria, servicios médicos tercerizados, etc.).
 7. **Si** _____ **No** _____ recibo algún tipo de remuneración por consultoría a alguna empresa proveedora del insumo.
 8. **Si** _____ **No** _____ me encuentro en situación de conflicto de interés por cobrar honorarios como ponente en reuniones organizadas por empresas proveedoras de dispositivos médicos; recibir financiación de programas educativos o actividades de formación patrocinadas por la industria.
 9. **Si** _____ **No** _____ solicito el insumo para uso experimental en humanos.
-
- Firma y Sello

¹**Persona estrechamente vinculada:** familiares hasta tercer grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos sobrinos), el cónyuge (y su familia hasta tercer grado de consanguinidad), y cualquier persona con la que conviva.