

São Paulo, _____ de 2024

Formulario de Consentimiento para la Identificación de los Autores a los Revisores

Estimado(a) Autor(a),

En caso de que desee ser identificado para los revisores durante el proceso de revisión de su artículo, por favor, complete el formulario a continuación. Recordamos que, normalmente, la revisión se realiza de forma anónima (doble ciego), y esta opción se ofrece a los autores que prefieren no mantener el anonimato.

Información del Autor:

- Nombre Completo: _____
- Título del Artículo: _____
- Institución de Afiliación: _____
- Correo Electrónico de Contacto: _____

Declaración de Consentimiento:

_____, declaro que estoy al tanto del proceso habitual de revisión doble ciego adoptado por la revista *Mundo da Saúde*, pero opto voluntariamente por permitir que mi identidad sea revelada a los revisores que evaluarán mi artículo. Entiendo que esta decisión no afectará el rigor ni la imparcialidad de la evaluación de mi manuscrito.

[_____] Acepto ser identificado(a) ante los revisores.

Firma: _____

Fecha: _____