Es un formato designado para que postule una propuesta o temática como publicación, para el II Congreso Iberoamericano de Salud Mental

Se sugiere que complete todos los campos, que a continuación se describen dentro de la propuesta, de lo contrario no podrá ser considerada.

Es importante que lea detenidamente, las políticas, antes de presentar su postulación.

Solamente podrán incluir los nombres de autores, coautores y colaboradores, dentro del artículo, que estén oficialmente inscritos.

Los artículos aceptados, en caso de marca que así lo desea, serán incluidos en libro coordinado y arbitrado, por la comisión científica con registro ISSN o ISBN.

Es importante, que mantenga comunicación vía email, una vez enviada la propuesta, para hacer seguimiento de los demás requerimientos, para el desarrollo del evento.

|  |
| --- |
| **POLÍTICAS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| He leído las políticas para postulaciones en congresos virtuales  |  |  |
| He leído las políticas de declinaciones en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas de evaluación en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas de inscripción del ponente en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas acerca de las inhabilidades o vetos en congresos virtuales |  |  |
| He leído las políticas de devolución en congresos virtuales |  |  |
| Tengo claridad sobre lo que significa esta modalidad de participación en congresos virtuales |  |  |
| Tengo conocimiento de los ejes temáticos del congreso |  |  |
| Tengo conocimiento del costo de inscripción  |  |  |
| Tengo conocimiento que el costo de inscripción es por autor(a)/coautor(a)  |  |  |
| Estoy de acuerdo con las políticas |  |  |

|  |
| --- |
| **TÍTULO GENERAL DE LA PUBLICACIÓN****Cantidad de palabras 15 \* El titulo debe ser atractivo para la audiencia**  |
|   |

|  |
| --- |
| **PAÍS**  |
|  |

|  |
| --- |
| **UNIVERSIDAD O INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA** |
|  |

|  |
| --- |
| **INCLUYA SOLAMENTE LOS DATOS AUTOR(A) – COAUTOR(A) QUE TIENE EL INTERES EN INSCRIBIRSE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTOR(ES) Y COAUTORES** | **EMAIL** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **EMAIL ADICIONAL (GMAIL, YAHOO, HOTMAIL) AUTOR(A) PRINCIPAL** |
|  |

|  |
| --- |
| **NÚMERO DE WHATSAPP CON CÓDIGO DEL ÁREA DEL AUTOR(A) PRINCIPAL** |
|  |

|  |
| --- |
| **EJE TEMÁTICO DE SU POSTULACIÓN****MARQUE CON UNA X** |
| **Generalidades** |  |
| **Epidemiología**  |  |
| **Prevención**  |  |
| **Promoción de la salud** |  |
| **Psicoterapia** |  |

|  |
| --- |
| **CASILLA DE SUMA IMPORTANCIA****EL O LAS PONENTES SE COMPROMETEN O NO, A PRESENTAR CONFORME TODAS LAS CARACTERÍSTICAS, DE LA ORGANIZACIÓN, SU TRABAJO TIPO ARTÍCULO EN EXTENSO** **MARQUE CON UNA X** |
| **Al marcar SI.**Deberá cumplir con la fecha de entrega del mismo, sin retractación ni prorrogas. |  |
| **Al marcar NO.**En el futuro no podrá solicitar la inclusión del mismo**.** |  |

|  |
| --- |
| **POSTULACIÓN PERTENECE****Importante: No debe ser mayor a dos años, incluyendo el año calendario vigente****De ser así marque con una X, a cuál pertenece** |
| **Praxis profesional** |  |
| **Praxis académica** |  |

|  |
| --- |
| **RESUMEN DE SU PROPUESTA DE FORMA BREVE A CONTINUACIÓN****La redacción y la ortografía son importantes dentro de la propuesta.****Es de vital importancia que el resumen, se describa de acuerdo con lo que se le está solicitando.****Mínimo 400 – Máximo 600 Palabras**  |
|  |

|  |
| --- |
| **RESUMEN DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS****Mínimo 6 que manejó y utilizará en el cuerpo del trabajo** |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **DATOS DE CONTACTO - COMPLETE LOS CAMPOS PARA PROFESIONAL** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DE LOS AUTORES POSTULANTES Y NÚMERO CELULAR CON CÓDIGO DE PAÍS Y ÁREA** |  |
| **TITULACIÓN MÁS RECIENTE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DE LOS COAUTORES POSTULANTES Y NÚMERO CELULAR CON CÓDIGO DE PAÍS Y ÁREA** |  |
| **TITULACION MÁS RECIENTE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTITUCIÓN, PROGRAMA ACADEMICO, FACULTAD, SEDE QUE REPRESENTA**  |  |
| **NOMBRE COMPLETO CON CORREO DE SU COORDINADOR(A) ACADÉMICO(A) RESPONSABLE Y TELÉFONO CELULAR** |  |

|  |
| --- |
| **FIRMA: ADJUNTE UNA IMAGEN DE SU FIRMA O FIRMAS DE LOS QUE PARTICIPARAN** |
|  |

**CON LA FIRMA AQUÍ REGISTRADA, EL (LA) (LOS) POSTULANTE(S) CONFIRMAN TENER CONOCIMIENTO Y ACEPTAN LAS POLÍTICAS ESTABLECIDAS.**