



## AUTORIZACIÓN DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Responsabilidad del autor:** el abajo firmante certifica que este resumen es conocido por todos sus autores quienes autorizan su presentación en el XXXVI Congreso Nacional de Medicina Interna a realizarse en Hotel Crown Plaza, del 4, 5 y 6 de julio del 2019.

Nombre del autor principal:

\_\_\_\_\_

Ciudad/País: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

E-mail (requisito indispensable):

\_\_\_\_\_