



*Sociedad Médica Sexta Región  
Alameda N° 611 Casilla N° 334  
Fono Fax N° 72- 234803  
e mail. secretaria@smsextar.cl  
www. smsextar.cl*

## **INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS**

### **I .- POSTULACION**

Cada relator-autor no puede presentar más de 2 trabajos. No se modificarán certificados de autores y co-autores una vez aceptado el trabajo.

Cada Médico puede ser autor de un máximo de 2 trabajos, y considerando además la calidad de co-autor, no podrá estar en más de 4 trabajos.

En el recuadro debe incluirse: título, autor (es), institución (es), teléfonos, correos electrónicos, ciudad, región.

El texto debe presentarse impreso y debe ser enviado por email (favor de reconfirmar la recepción del resumen).

En formato Word Arial 10 y no debe sobrepasar los límites de los márgenes. Debe incluir:

#### **Introducción y Objetivos.**

Breve explicación de los motivos de la investigación realizada y de la literatura pertinente, excluyendo descripciones de conocimientos básicos

#### **Material y Métodos**

Descripción del material de estudio, método utilizado y análisis.

#### **Resultados.**

#### **Discusión o comentarios.**

### **II .- PRESENTACION EN AUDITORIO:**

- \_ Deberá ser en Power Point
- \_ El expositor dispondrá de 10 minutos para presentar el tema y 5 minutos para las preguntas.

### **III.- PUBLICACION EN REVISTA DE LA SOCIEDAD**

Los tres mejores trabajos serán publicados en nuestra Revista. Estos deberán seguir el Reglamento de Publicaciones que está disponible en la página web de la Sociedad y al final de todos los números en la misma Revista.



Sociedad Médica Sexta Región  
Alameda N° 611 Casilla N° 334  
Fono Fax N° 72- 234803  
e mail.secretaria@smsextar.cl  
www. smsextar.cl

**VI JORNADAS CIENTIFICAS EDF 2010**  
“ Presentación de Trabajos ”  
**28 y 29 de Mayo del 2010**  
**Pichilemu**

**DATOS DEL RELATOR**

Nombre:.....  
Dirección:.....Ciudad:.....  
Región:.....email.....Teléfono.....

Para ser presentado

<input type="checkbox"/>	Cirugía
<input type="checkbox"/>	Medicina
<input type="checkbox"/>	Obst/Gin
<input type="checkbox"/>	Pediatría
<input type="checkbox"/>	Salud Publica
<input type="checkbox"/>	APS
<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

N°	USO EXCLUSIVO SECRETARIA
<input type="checkbox"/>	ACEPTADO
<input type="checkbox"/>	RECHAZADO