



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a	ALEXANDRA KATHERINE JUANCHUTO VIERTEL
Dirección	SANTA ELENA 278, CASA A66. COLINA.
Teléfono	+56994305362
E-mail	ALEXANDRAJUANCHUTO@GMAIL.COM

Título de la tesis	"RELACIÓN ENTRE LA EDAD CRONOLÓGICA, MADUREZ ESQUELÉTICA Y LAS ESTAPAS DE CALCIFICACIÓN DE DIENTES PERMANENTES EN NIÑOS DE 7 A 13 AÑOS CON ANOMALÍAS DENTOMAXILARES E INCOMPETENCIA LABIAL".....
Facultad	ODONTOLOGÍA.....
Departamento	DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ODM.....
Carrera	ODONTOLOGÍA.....
Título al que opta	CIRUJANO DENTISTA.....
Profesor guía	DRA. ALEJANDRA LIPARI.....
Fecha de entrega	...03/07/20.....

2.- Autorización de publicación

A través de este documento, indico a la Dirección de Servicios de Información y Bibliotecas, mi decisión respecto a publicar en formato digital mi tesis en los sitios www.repositorio.uchile.cl, www.tesischilenas.cl y www.tesislatinoamericanas.info.

Autorizo su publicación (marque con una X):	
<input type="checkbox"/>	Inmediata
<input type="checkbox"/>	A partir de la siguiente fecha: 08/2021 (mes/año)
<input type="checkbox"/>	No autorizo su publicación (sólo resumen y metadatos)


Firma del alumno

3.- Forma de entrega de la tesis

Las tesis deben ser entregadas en CD-ROM o DVD (texto completo), o bien enviadas en formato digital si su Facultad tiene implementado un sistema de registro electrónico de tesis coordinado con el Repositorio Académico. Además, entregar este Formulario de Autorización debidamente completo y firmado a la Unidad Académica que recibirá su tesis.