

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS****1. – Identificación de la Tesis**

Nombre del alumno/a	CRISTOBAL FELIPE DIAZ LORENZO	
Dirección	PASAJE ISABEL LA CATOLICA 5633, LAS CONDES	
Teléfono	+56 9 84675339	E-mail: CRIST.DIAZ.LORENZO@GMAIL.COM

Título de la tesis	"CARACTERÍSTICAS Y CONTENIDOS EN EDUCACIÓN MÉDICA PRESENTES EN PROGRAMAS DE FORMACIÓN PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS: UNA PROPUESTA A PARTIR DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA"	
Facultad	MEDICINA	
Departamento	ESCUELA DE POSTGRADO	
Carrera		
Título al que opta	MAGISTER EN EDUCACION EN CIENCIAS DE LA SALUD	
Profesor guía	MARCELA ANTUNEZ – CHRISTELL HANNE	
Fecha de entrega		

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 _____ (mes/año)
<input checked="" type="checkbox"/>	No autorizo su publicación (sólo resumen y metadatos)

FIRMA 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