

Formulario de Autorización de Publicación de Tesis ElectrónicasFecha de entrega: 15/4/2024**1. Identificación de la Tesis**

Nombre Alumno: Jose Luis Escalona Muñoz	
Dirección: Avenida Libertad 80, Viña del Mar	
Teléfono: 933554240	E-mail: j.escalona1092@gmail.com

Facultad: Medicina
Departamento: Escuela de Postgrado
Carrera: Magister en Neurociencias
Título al que opta: Magister en Neurociencias
Profesor guía: Paul Delano, Pedro Maldonado

Título Tesis: "OSCILACIONES TIMPANICAS RELACIONADAS CON MOVIMIENTOS OCULARES EN TAREAS VOLITIVAS Y REFLEJAS"

Temas Tesis: (Palabras clave de 5 a 8 términos) Movimientos oculares, Oscilaciones timpánicas, OTREMOs, modulación visoauditiva, ubicación visoespacial


2. Autorización de Publicación de Versión Electrónica de la Tesis

(*Marque con una X que corresponda)

A través de este medio autorizo al Sistema de Servicios de Información y Bibliotecas de la Universidad de Chile a publicar la versión electrónica de esta tesis en www.cybertesis.cl

Publicación electrónica*:

<input checked="" type="checkbox"/>	Sí autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de ___ año/s
<input type="checkbox"/>	No autorizo

 Firma de Alumno

3. Forma de envío*: El texto de la Tesis debe ser enviado en formato word, como archivo doc o rtf para PC. Si usa LaTeX, entréguelo en .DVI y .pdf. Las imágenes que la acompañen pueden ser :gif, jpg o tiff.

En línea: <input checked="" type="checkbox"/>	CDROM: <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------	---------------------------------

Enviar a:

Sistema de Servicios de información y Bibliotecas (SISIB)

Att: Patricio Pastor H.

e-mail:tesis@uchile.cl

Diagonal Paraguay No. 265 – Of. 703

Fono 978 2566