



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a	Camilo Alejandro Vega Neira
Dirección	Baquedano 172, Concepción
Teléfono	+56 981915798
E-mail	camilovegan@gmail.com

Título de la tesis	Implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en la reconversión de un Policlínico de Psiquiatría Hospitalario hacia un Centro de Salud Mental Comunitaria
Facultad	Medicina
Departamento	Escuela de Salud Pública
Carrera	Magíster en Salud Pública
Título al que opta	Magíster en Salud Pública
Profesor guía	Dra. Olga Toro Devia
Fecha de entrega	25 de enero de 2024

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 el sitio www.repositorio.uchile.cl

Autorizo su publicación (marque con una X):	
<input checked="" type="checkbox"/>	Inmediata
<input type="checkbox"/>	A partir de la siguiente fecha: _____ (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.