



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a Nicolás Antonio Magna Barrios

Dirección Irarrázaval 3360 dpto 410. Ñuñoa. Santiago.....

Teléfono 974850032..... E-mail nicolas.barrios@ug.uchile.cl.....

Título de la tesis: "Eficiencia de la Artroscopia de la Articulación Temporomandibular en el Alivio del Dolor en Pacientes con Trastornos Temporomandibulares. Scoping Review.".....

Facultad Odontología.....

Departamento Cirugía y Traumatología Bucal y Máxilo Facial.....

Carrera Odontología.....

Título al que opta Cirujano - Dentista.....

Profesor guía Rodrigo Bravo Ahumada.....

Fecha de entrega 30 de Abril 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 los sitios www.repositorio.uchile.cl, www.tesischilenas.cl y www.tesislatinoamericanas.info.

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.