

**Formulario de Autorización de Publicación de Tesis Electrónicas**

Fecha de entrega: 30/12/2010

**1. Identificación de la Tesis**

Nombre Alumno:	Josefina Adela Peieto Rayo		
Dirección:	Las Perdices 907-D	La Reina	
Teléfono:	2735644	09-9693933	E-mail: joprietorayo@gmail.com
Facultad:	Odontología		
Departamento:	Farmacología		
Carrera:	Odontología		
Título al que opta:	Cariólogo Dentista		
Profesor guía:	Dr. Hugo Nicenda		
Título Tesis:	Análisis Isobitográficos de la Asociación Paracombol con Ibuprofeno en dolor orofacial experimental		
Temas Tesis: (Palabras clave de 5 a 8 términos)			

**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](http://www.cybertesis.cl)

**Publicación electrónica\*:**

<input type="checkbox"/>	Sí autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de 1 año
<input checked="" 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. Las imágenes que la acompañen pueden ser :gif, jpg o tiff.

Diskette:	Disco Jomega Zip:	CDROM:
-----------	-------------------	--------



Enviar a: Sistema de Servicios de Información y Bibliotecas (SISIB)

Patricio Pastor H.

e-mail: [tesis@uchile.cl](mailto:tesis@uchile.cl)

Diagonal Paraguay No. 265 - Of. 703

Fono 678 2566

