



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a: **Agustina Santamaria Teixeira.**

Dirección: **Av Américo Vespucio Norte 2050, dpto 603.**

Teléfono: **+56962714277.**

E-mail: **asantamaria1997@gmail.com.**

Título de la tesis: **Tasa de éxito de la pulpotomía cameral con agregado de trióxido mineral en dientes permanentes maduros con diagnóstico de pulpitis irreversible.**

Facultad: **Facultad de Odontología.**

Departamento: **Departamento de Odontología Conservadora.**

Carrera: **Odontología.**

Título al que opta: **Título de cirujana dentista.**

Profesora guía: **Dra. Montserrat Mercado Vivallos.**

Fecha de entrega: **23 de junio del 2022.**

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.