

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS****1. – Identificación de la Tesis**

Nombre del alumno/a	Manuel Juan Kimba Durán Fernández		
Dirección	El Amanecer 9848		
Teléfono	+56 9 52577100	E-mail:	Manuel.duran@ug.uchile.c

Título de la tesis	"Diseño y construcción de equipo de bajo costo para la detección de hipoacusia en edades tempranas basado en emisiones otoacústicas".		
Facultad	MEDICINA		
Departamento	ESCUELA DE POSTGRADO		
Carrera	Magíster en informática médica		
Título al que opta	Magíster en informática médica		
Profesor guía	Mauricio Cerda/ Paul Deláno		
Fecha de entrega	26/04/23		

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 type="checkbox"/>	Inmediata
<input type="checkbox"/>	A partir de la siguiente fecha _____(mes/año)
<input checked="" type="checkbox"/>	No autorizo su publicación (sólo resumen y metadatos)


FIRMA 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