



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

### 1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a	Ignacia Navarrete Luco
Dirección	Bellavista #28B, Puerto Montt, Región de Los Lagos
Teléfono	+56 9 98884555
E-mail	ignav.lu@gmail.com

Título de la tesis	Cuidados de fin de vida a personas mayores en localidades rurales de la Provincia de Llanquihue, Región de Los Lagos, Chile.
Facultad	Facultad de Medicina
Departamento	Escuela de Salud Pública
Carrera	Magíster en Salud Pública
Título al que opta	Magíster en Salud Pública
Profesor guía	Verónica Aliaga y Dra. Alejandra Fuentes (co-tutora)
Fecha de entrega	Marzo 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](http://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.