

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

Nombre del alumno/a	Pablo Andrés Munizaga Cerda		
Dirección	Santa María 55, Con con		
Teléfono	+56 9 79577233	E-mail:	pablomunizaga@yahoo.es

Título de la tesis	Camino a la interculturalidad: La experiencia Mapuche Lafkenche en el tratamiento de la salud mental, en el hospital intercultural Kallvu Llanka de Cañete.		
Facultad	MEDICINA		
Departamento	ESCUELA DE POSTGRADO		
Carrera	Magíster en salud mental y psiquiatría comunitaria.		
Título al que opta	Magíster en salud mental y psiquiatría comunitaria.		
Profesor guía	Joan Calventus Salvador / Sebastián Medina Gay		
Fecha de entrega	29 de diciembre 2023		

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 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