

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS**

## 1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a	Carla Belén Pinilla Castro
Dirección	Av. chicureo km1. Condominio chicureo II casa 4, colina
Teléfono	9 99071801
E-mail	carlapinilla@gmail.com

Título de la tesis	"ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y RETENCIÓN DE PESO POST PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD FAMILIAR, ENTRE 2010 - 2022, EN SANTIAGO DE CHILE"
Facultad	Medicina
Departamento	Escuela de Salud Pública
Carrera	Magíster en Salud Pública
Título al que opta	Magíster en Salud Pública
Profesor guía	Dra. Marcela Araya Bannout
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 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.