



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

### 1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a .....MARIE JOSSETTE IRIABRNE WIFF

Dirección .....LAS ENCINAS 3330 DEPTO C., ÑUÑO A

Teléfono...+56998843537 ..... E-mail iribrne.marie@gmail.com

Título de la tesis. HOSPITALIZACIONES EVITABLES EN CHILE, UN ANÁLISIS DE TASAS ENTRE POBLACIÓN NACIONAL Y MIGRANTES INTERNACIONALES PARA EL AÑO 2017 .....

Facultad .....Medicina

Departamento ..... Escuela de Salud Pública

Carrera .Magister en Salud Pública.....

Título al que opta Magister en Salud

Pública.....

Profesor guía ... Oscar Arteaga

Profesora co – directora: Danuta

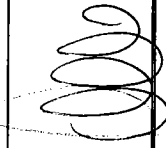
Rajs.....

Fecha de entrega 6 de marzo 2020

### 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.