



1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos: HERNAN REDI GIL CUEVA

DNI/Otros N°: 45913189

Correo electrónico: hernan785 s@hotmail.com

Teléfono: 920 754 697

2. Grado académico o título profesional

☐ Bachiller ☐ Título profesional ☒ Segunda especialidad

☐ Maestro ☐ Doctor

3. Tipo de trabajo de investigación

☐ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional

☒ Trabajo académico

Título: RAZON LINFOCITO/PROTEINA C REACTIVA DISMINUIDA COMO FACTOR PREDICTOR
DE PERFORACION APENDICULAR EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
PERIODO 2019

Asesor: MC. ENRIQUE CABRERA CERNA

Jurados: _____

Fecha de publicación: 21 / 08 / 2025

Escuela profesional/Unidad:
UNIDAD DE RESIDENTADO MÉDICO

4. Licencias

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una licencia no-exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido por conocerse, a través de los diversos servicios provistos por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, Colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad,



Universidad
Nacional de
Cajamarca
"Norte de la Universidad Peruana"

Repositorio Digital Institucional
CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN

o coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará el nombre del(los) autor(es) del trabajo de investigación, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con una X)

☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.

☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha
____/____/____

☐ No autorizo

Firma

____/____/____
20 / 11 / 2025

Fecha