



Academia de Directores Médicos de Puerto Rico  
Puerto Rico Youth Health Careers Program  
Programa de Mentoría



## Solicitud de Estudiante para el Programa de Mentoría

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Grado en curso/Escuela de procedencia** \_\_\_\_\_

Empleado, si aplica \_\_\_\_\_

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_

Horario disponible para mentoría:

**Lunes-Viernes 3:00 p.m.-9:00 p.m.**

**Sábado-Domingo 10:00 a.m.-9:00 p.m.**

**Domingo      lunes      martes      miércoles      jueves      sábado      domingo**

**AM**

**PM**

Metas educativas- Ejemplo: **¿Qué quiero aprender a través del Programa de Mentoría?**

\_\_\_\_\_

Metas profesionales- **Ejemplo: ¿Cómo me veo como profesional en el futuro?**

\_\_\_\_\_

1. ¿Has recibido mentoría anteriormente? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si contesto sí, ¿Cómo fue su experiencia?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué cualidades le gustaría que tenga su mentor? **Ejemplo: Comprensivo, Atento, etc.**

\_\_\_\_\_

3. ¿Cómo piensas que el mentor podría ayudarle o asistirle?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Qué piensas que puedes ofrecerle al mentor?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Academia de Directores Médicos de Puerto Rico  
Puerto Rico Youth Health Careers Program  
Programa de Mentoría**



5. ¿Qué carrera de la salud le interesa?

---

6. Por favor marque las opciones de pasatiempos que disfruta:

- |                                                      |                                       |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excursiones                 | <input type="checkbox"/> Películas    |
| <input type="checkbox"/> Pesca                       | <input type="checkbox"/> Lectura      |
| <input type="checkbox"/> Deporte (Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Música       |
| <input type="checkbox"/> Artes (Especifique) _____   | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Juegos de Mesa              |                                       |

7. ¿Tienes acceso al internet? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

8. ¿Tienes transportación propia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. ¿Eres elegible para el servicio de transportación pública? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**10. Recomendaciones:**

---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Mentor en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Mentor**