



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



Acuerdo de Mentoría

Estamos voluntariamente dispuestos a establecer una relación de mentoría que nos beneficie a ambos. Queremos que ésta sea una experiencia gratificante durante el periodo de mentoría a través de Facebook. Se ofrecerá información que responda a la meta del estudiante mediante el Programa de Mentoría.

Roles específicos del Mentor

Como mentor seré una guía, buen observador y proveedor de retro comunicación, para promover el aprendizaje y desarrollo de la carrera del estudiante.

Roles del Estudiante

Como participante del Programa de Mentoría, me comprometo a trabajar con mi mentor durante el programa, respondiendo al itinerario de comunicación con mi mentor. Sino estoy accesible o en condiciones de comunicarme en la fecha indicada por mi mentor, debo enviar mensaje a mi mentor y reprogramar una nueva reunión. Voy a desarrollar metas profesionales y estaré receptivo a la retro comunicación de mi mentor.

Confidencialidad

La información que el estudiante le comunique al mentor no será discutida con otras personas, excepto con el Coordinador de Mentoría. Si el mentor entiende que es importante involucrar a otro adulto, debe consultarlo primeramente con el estudiante. Sin embargo, si hay amenaza de daño físico para el estudiante, el mentor debe romper el acuerdo de confidencialidad y buscar protección para el estudiante.

Mentoría

Si por alguna razón, el mentor o el estudiante se sienten incómodos, estaremos de acuerdo en terminar la relación de mentoría. Cualquiera de las partes tiene la opción de suspender la relación de mentoría y siempre se dialogará la decisión con el Coordinador del Programa de Mentoría.

Nombre del Estudiante Participante en letra de molde

Nombre del Mentor en letra de molde

Firma

Firma

Fecha

Fecha