



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



CUESTIONARIO DEL MENTOR

El propósito de este cuestionario es proveerle a la Coordinadora de Mentoría más detalles sobre su perfil profesional e intereses. Este perfil junto a su solicitud y la entrevista, serán usados por el personal del Programa de Mentoría para asignarle al estudiante participante. Toda su información será estrictamente confidencial y únicamente para fines del **Puerto Rico Youth Health Careers Program**. Le agradecemos por tomar de su tiempo para completar este cuestionario.

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre de la Compañía o Institución Educativa: _____

Ocupación Actual: _____

Educación: _____

1. ¿Ha servido como mentor anteriormente? Sí__ No __ Si contestó sí, explique.

2. ¿Qué experiencia de trabajo usted puede compartir con el estudiante?

3. ¿Tiene acceso a internet? Sí ___ No ___

4. ¿Usted está familiarizado con el uso y manejo de las redes sociales? Sí ___ No ___ Especifique.

5. ¿Usted podría reunirse con el estudiante a través de Facebook en un periodo de 4 a 6 horas por mes durante un año? Sí ___ No___

6. ¿Especifique horario y días en que estaría disponible para ofrecer mentoría por Facebook?



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



7. De invitarle a participar en una reunión de mentoría o alguna actividad, ¿Cuál horario prefiere?

8. ¿Usted anticipa algún cambio en el próximo año, que pueda interferir con su compromiso como Mentor?

9. ¿Es usted bilingüe? Sí ___ No ___ Si su contestación es sí, especifique los idiomas.

10. Recomendaciones: _____
