



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: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---