



**Academia de Directores Médicos de Puerto Rico  
Puerto Rico Youth Health Careers  
Programa de Mentoría  
Solicitud del Mentor**




---

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

---

Dirección Residencial \_\_\_\_\_ Pueblo \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

---

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

---

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Género \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Lenguajes \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono o Institución educativa \_\_\_\_\_

Posición o especialidad \_\_\_\_\_

Tipo de Industria \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el lugar?

\_\_\_\_\_

---

1. Enumere una lista de las habilidades, experiencias y trabajo con estudiantes y/o jóvenes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Haga una lista de las destrezas e intereses que debería tener un buen candidato a mentor.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





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



- Sí  No ¿Está de acuerdo en comprometerse con el estudiante que se le asigne?
- Sí  No ¿Está de acuerdo en participar de 2-4 comunicaciones por Facebook al mes con el estudiante?
- Sí  No ¿Está de acuerdo en mantener en total confidencialidad la información de los participantes?
- Sí  No ¿Está de acuerdo en que utilicemos fotos de su trabajo de mentoría para propósitos de reclutamiento?
- Sí  No ¿Tiene actualmente alguna condición de salud que interfiera de alguna manera con su rol de mentor?

**¿Alguna vez ha estado involucrado en una investigación criminal o ha sido convicto por algún crimen?**

1. ¿Alguna vez ha sido convicto por un crimen relacionado a abuso sexual? Sí  No   
Si contesto sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez ha sido convicto por un crimen de violencia o amenaza de violencia? Sí  No   
Si contesto sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez ha sido convicto por un crimen relacionado a drogas o bebidas alcohólicas? Sí  No   
Si contestó sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha estado relacionado con crímenes de delito grave? Por favor, explique.

¿Delito? \_\_\_\_\_ ¿Cuando? \_\_\_\_\_

5. ¿Está usted en probatoria o libre bajo palabra? Sí  No
  6. ¿Alguna vez ha estado en probatoria o libre bajo palabra? Sí  No
  7. **Si su contestación fue sí, para algunas de las preguntas anteriores, por favor explique.**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_