



SOLICITUD DE ADMISIÓN

CONSEJO ASESOR  
**Juvenil**  
2023-2025

Si estás entre los 14 y 19 años, puedes  
solicitar y ser parte del CAJ

*Joven con necesidades especiales  
(capacidades diversas), estás invitado/a a solicitar.  
Llama para más información  
939-808-1612*

DEPARTAMENTO DE  
**SALUD**



# SOLICITUD DE ADMISIÓN AL CONSEJO ASESOR JUVENIL, 2023

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:

Apellidos:

Escribe cómo prefieres que te llamen o tu apodo:

Pronombre:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Género:

Celular:

mes/día/año

Correo electrónico:

Si te fuéramos a llamar, ¿cuál sería el mejor horario para conseguirte?

¿Podemos unirse a un grupo de WhatsApp, con el propósito de enviar noticias sobre la solicitud? Marca con una X

SÍ

NO

Dirección residencial:

Dirección postal:

¿Tienes alguna condición de salud? Indica cuál:

¿Padeces de alguna alergia? Indica cuál:

¿Tienes alguna restricción alimentaria?:

Indica si tomas algún medicamento: (¿Cuál?):

Menciona si posees capacidades diversas o necesitas algún tipo de apoyo de acceso, lenguaje de señas o asistencia individual:

¿Cómo te enteraste de esta convocatoria?

¿Perteneceste al Consejo Asesor Juvenil anteriormente?

SÍ

NO



Pasa a la próxima página



## EDUCACIÓN O TRABAJO

Escribe la escuela/colegio/ universidad al que asistes:

Municipio:

Grado:

Si trabajas, escribe el lugar:

## INFORMACIÓN DE MADRE/PADRE/ENCARGADO

Nombre de madre o encargada:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre del padre o encargado:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre de quien llamar en caso de emergencia:

Teléfono a llamar en emergencia:

## MÁS DETALLES SOBRE TI

Contesta las siguientes preguntas de la **manera creativa** que prefieras. Puede ser un video, un cuento, un dibujo, una canción, un ensayo, etc. **Es requisito que contestes todas las preguntas:**

- ¿Cómo te describes? ¿Qué talentos o habilidades tienes? ¿Qué disfrutas hacer?
- ¿A qué grupo u organización has pertenecido? ¿Pertenece a alguna en estos momentos?
- ¿Qué problema de salud crees es importante para los jóvenes hoy día? Menciona como tú aportarías una solución.
- Para ti, ¿por qué los jóvenes tienen que participar en la toma de decisiones en asuntos de salud?
- ¿Por qué te gustaría ser parte del Consejo Asesor Juvenil (CAJ)?
- ¿Qué experiencias y/o conocimientos puedes traer al CAJ? Incluye tus fortalezas, pasión o experiencias de vida.
- ¿Cómo compartirías tus experiencias y conocimientos con otros jóvenes?



Pasa a la próxima página



# AUTORIZACIONES

## I-Autorización del joven

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Nombre del joven) (Edad)

entendí que al completar y enviar esta solicitud, entiendo que ingreso a un proceso de evaluación con la posibilidad de ser seleccionado/a como integrante del Consejo Asesor Juvenil (CAJ). Entiendo que el proceso de evaluación comprende: 1) la revisión de esta solicitud con las contestaciones de las preguntas que ofrecen más detalles sobre ti, 2) una entrevista virtual (por Zoom o TEAMS) y 3) un encuentro de solicitantes del que seré notificado cualquier sea el resultado durante el mes de julio de 2023.

Autorizo que mi nombre, imagen y voz pueda ser utilizado en películas, cintas magnéticas, fotografías o por cualquier otro medio de reproducción, multiplicidad o difusión conocido o por conocer, para el uso exclusivo de la División Madres, Niños y Adolescentes (DMNA) del Departamento de Salud para documentar el proceso de selección.

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante)

## II- Autorización de padre/madre o encargado del joven

Yo \_\_\_\_\_ encargado/a de \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre, madre o encargado del solicitante) (Nombre del solicitante)

entendí que al completar y enviar esta solicitud, entiendo que el/la joven entrará en un proceso de evaluación con la posibilidad de ser seleccionado como integrante del Consejo Asesor Juvenil. Entiendo que el proceso de evaluación comprende: 1) la revisión de esta solicitud con las contestaciones de las preguntas que ofrecen más detalles sobre ti, 2) una entrevista virtual (por Zoom o TEAMS) y 3) un encuentro de solicitantes. Entiendo que el/la joven será notificado de cualquier resultado de este proceso durante julio de 2023. Autorizo, además, a la División Madres, Niños y Adolescentes, a filmar, registrar y grabar mi imagen y la del joven, nombre y la voz, en películas, fotografías o por cualquier otro medio de reproducción, multiplicidad o difusión conocido o por conocer, para el uso exclusivo de del Departamento de Salud para documentar el proceso de selección.

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(firma del padre, madre o encargado del solicitante)

**Envía todas las páginas y las contestaciones de las preguntas de más detalles sobre ti, por correo electrónico a [bessielopez@salud.gov.pr](mailto:bessielopez@salud.gov.pr) en o antes del 5 de junio de 2023.**

