



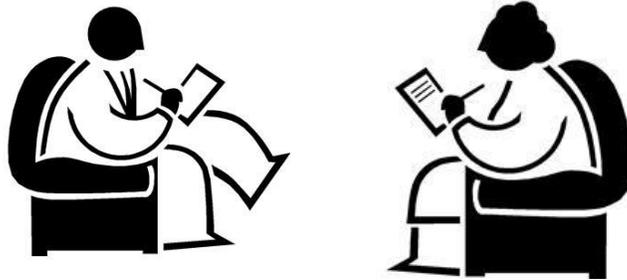
DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Formularios del Proceso de Mentoría



Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200

 (787)999-8989 Ext. 6607

 www.salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
Formularios del Proceso de Mentoría

FORMULARIO # 1
DATOS DEL MENTOR/A CERTIFICADO/A

Nombre: _____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Teléfonos: Residencial: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

Número de Licencia de Consejero/a Profesional: _____

Número de Mentor Certificado: _____

Firma del Mentor Certificado

Requisitos que debe presentar el Mentor Certificado para la evaluación del Proceso de Mentoría:

- ___ Copia de su Certificación de Registro como Consejero Profesional licenciado.
- ___ Copia de su Certificación expedida por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales como Mentor Certificado

Esta solicitud será válida por un período de tres (3) años.

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200

(787)999-8989 Ext. 6607

www.salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
Formularios del Proceso de Mentoría

FORMULARIO # 2

***FORMULARIO SOBRE LA RELACIÓN DE MENTORÍA ENTRE EL CONSEJERO PROFESIONAL
CON LICENCIA PROVISIONAL Y EL/LA MENTOR/A CERTIFICADO/A***

Nombre del Consejero Profesional con Licencia Provisional:

<i>Apellidos</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial</i>
------------------	---------------	----------------

Dirección postal: _____

Teléfonos: Residencial: _____ *Trabajo:* _____ *Celular:* _____

Dirección Electrónica: _____

Nombre del Mentor/a Certificado/a: _____

Número de Licencia: _____

La Junta Examinadora de Consejeros Profesionales está interesada en conocer la efectividad de la relación de mentoría o cualquier situación que pueda afectar su desarrollo profesional.

Favor de exponer su opinión:

Firma del Consejero Profesional con Licencia Provisional: _____

Firma del Mentor/a Certificado/a: _____

Fecha: _____

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200

 (787)999-8989 Ext. 6607

 www.salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
Formularios del Proceso de Mentoría

FORMULARIO # 3
PLAN DE DESARROLLO PROFESIONAL

Nombre del Mentor/a Certificado/a: _____
Apellidos Nombre Inicial

Número de Licencia: _____ Número de Mentor Certificado: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: Residencial: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

Nombre del Consejero Profesional con Licencia Provisional: _____
Apellidos Nombre Inicial

Número de Licencia Provisional: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Residencial: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

Periodo para Desarrollar el Plan: _____ a _____
día/mes/año día/mes/año

Por acuerdo mutuo, el/la Mentor/a Certificado/a y el Consejero/a Profesional con Licencia Provisional, identificarán las áreas del conocimiento teórico en las que trabajarán durante las 500 horas. Sólo se trabajará con las áreas que se identifiquen como áreas de necesidad para el desarrollo profesional del Consejero/a Profesional con Licencia Provisional.

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200

(787)999-8989 Ext. 6607

www.salud.pr.gov



Áreas de conocimiento teórico/Competencias

1. *Fundamentos teóricos de la consejería*
2. *El proceso de ayuda*
3. *Desarrollo humano y comportamiento disfuncional*
4. *desarrollo ocupacional*
5. *Proceso de consejería grupal*
6. *Medición y evaluación*
7. *Fundamentos sociales y culturales*
8. *Teoría y Práctica de la investigación*
9. *Asuntos éticos y profesionales*
10. *Consultoría*

Indique el procedimiento para informar a los clientes del/la supervisado/a sobre la relación de supervisión y los límites relativos a la confidencialidad.

Indique cómo se va a responder a situaciones de crisis donde el consejero profesional con licencia provisional no pueda manejarla adecuadamente.

La evaluación final del proceso será compartida entre el/la Consejero/a Profesional con Licencia Provisional y el/la Mentor/a Certificado/a. Evidencia de dicha evaluación será conservada por el Mentor/a Certificado/a por tres (3) años.

Firma del Mentor/a Certificado/a: _____

Firma del Consejero Profesional con Licencia Provisional: _____

Fecha: _____

*Copias: Mentor/a Certificado/a
 Consejero/a Profesional con Licencia Provisional
 Junta Examinadora de Consejeros Profesional*



Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
Formularios del Proceso de Mentoría

FORMULARIO # 4
INFORME DE PROGRESO DEL PROCESO DE MENTORÍA A LAS PRIMERAS 250 HORAS

Certifico que: _____
Apellidos *Nombre* *Inicial*

___ *ha demostrado dominio satisfactorio en las competencias establecidas en el Plan de desarrollo Profesional durante este periodo.*

___ *ha confrontado dificultad en el domino de las competencias establecidas en el Plan de Desarrollo Profesional durante este periodo.*

De haber confrontado dificultad, favor especificar en la siguiente tabla:

<i>Área</i>	<i>Competencias</i>	<i>Dificultad</i>	<i>Evidencia del Mentor</i>

Comentarios adicionales: _____

Firma del Mentor/a Certificado/a: _____

Firma del Consejero/a Profesional con Licencia Provisional: _____

Fecha: _____



Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
Formularios del Proceso de Mentoría

FORMULARIO # 6
FORMULARIO PARA CAMBIO DE MENTOR/A CERTIFICADO/A

Nombre del mentoreado: _____
Apellidos Nombre Inicial

Numero de licencia provisional: _____ Teléfono: _____

Nombre del Mentor/a Certificado/a Actual: _____

Núm. de Licencia: _____ Núm. Certificado de Mentor: _____

DATOS DEL MENTOR/A CERTIFICADO/A PROPUESTO/A

Nombre del Mentor/a Certificado/a Propuesto/a: _____

Núm. de Licencia: _____ Núm. Certificado de Mentor: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: Residencial: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección electrónica: _____

Firma del Mentor Certificado Propuesto

Requisitos que debe presentar el Mentor Certificado propuesto para la evaluación del cambio:

- ___ Copia de su Certificación de Registro como Consejero Profesional licenciado.
- ___ Copia de su Certificación expedida por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales como Mentor Certificado