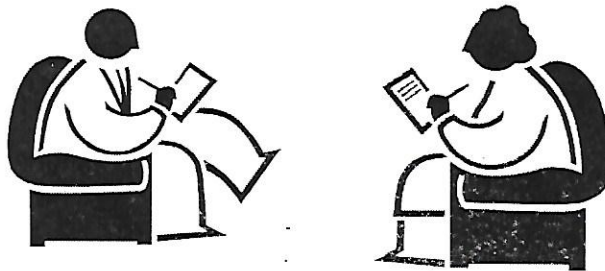


Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud

Formularios del Proceso de Mentoría



Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

PO Box 10200
Santurce PR 00908-0200
(787) 999-8989 ext. 6602
E.MAIL. ambaez@salud.gov.pr





**Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

FORMULARIO # 1

SOLICITUD DEL MENTOR/A CERTIFICADO/A

Nombre: _____
(Apellido paterno, Apellido materno, Nombre)

Dirección: _____

Teléfonos: Residencial: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

Número de Licencia de Consejero/a Profesional: _____ (someter copia de la licencia)

Evidencia de preparación en el área de supervisión en consejería:

- ___ Certificado de adiestramiento por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
- ___ Cursos universitarios con contenido en supervisión de consejeros
- ___ Evidencia de educación continua en el área
- ___ Certificación como supervisor del National Board of Certified Counselors (NBCC)

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

- ___ Copia de la Tarjeta de Registro o su Certificación de Registro.
- ___ Copia de su Certificación expedida por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales como Mentor Certificado.

Esta solicitud será

Válida por un periodo de tres (3) años.



**Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

FORMULARIO # 2

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

Nombre del Consejero Profesional con licencia provisional:

_____ *(Apellido paterno, Apellido materno, Nombre)*

Dirección: _____

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: _____

Fecha: _____





**Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

FORMULARIO # 3

PLAN DE DESARROLLO PROFESIONAL

Nombre del Mentor/a Certificado/a: _____
(Apellido paterno, Apellido materno, Nombre)

Número de Licencia: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Residencial: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

Nombre del Consejero Profesional con Licencia Provisional: _____
(Apellido paterno, Apellido materno, Nombre)

Número de Licencia: _____

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.





Formulario # 3: Plan de Desarrollo Profesional
Página 2

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: _____

Fecha: _____

Firma del Consejero Profesional con Licencia Provisional: _____

Fecha: _____

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



**EJEMPLO PARA REALIZAR
PLAN DE DESARROLLO PROFESIONAL**

<i>Competencias</i>	<i>Metas</i>	<i>Actividades</i>	<i>Duración</i>	<i>Método de Evaluación Propuesta</i>	<i>Reunión con Mentor</i>	<i>Modalidad de Supervisión</i>	<i>Evaluación</i>

PO Box 10200
 Santurce PR 00908-0200
 (787) 999-8989 ext. 6602
 E.MAIL. ambaez@salud.gov.pr





**Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

FORMULARIO # 4

INFORME DE PROGRESO DEL PROCESO DE MENTORÍA A LAS 250 HORAS

Certifico que: _____
(Apellido paterno, Apellido materno, Nombre)

___ 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.

Especifique:

Área	Competencias	Dificultad	Evidencia del Mentor

Comentarios adicionales: _____

Firma del Mentor/a Certificado/a: _____

Fecha: _____

Firma del Consejero/a Profesional con Licencia Provisional: _____

Fecha: _____





**Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
 Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

FORMULARIO # 5

**INFORME FINAL DEL PLAN DE DESARROLLO PROFESIONAL
 DEL PROCESO DE MENTORÍA**

Certifico que: _____
 (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre)

- ___ *ha cumplido cabalmente con las competencias establecidas en su Plan de Desarrollo Profesional*
- ___ *ha confrontado dificultades en el dominio de las competencias establecidas en el Plan de Desarrollo Profesional y por lo tanto debe extender el tiempo para cumplirlas, y someterá una modificación al plan de trabajo.*

Área	Competencias	Dificultad	Evidencia del Mentor

Firma del Mentor/a Certificado/a: _____

Fecha: _____

Firma del Consejero/a Profesional con Licencia Provisional: _____

Fecha: _____





**Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

FORMULARIO # 6

FORMULARIO PARA CAMBIO DEL MENTOR/A CERTIFICADO/A

Nombre: _____ # Lic. Provisional: _____
(Apellido paterno, Apellido materno, Nombre)

Dirección: _____

Teléfonos: Residencial: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

Nombre del Mentor/a Certificado/a Actual: _____

Número de Licencia: _____

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

Número de Licencia: _____