



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

SECRETARÍA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y
PROMOCION DE LA SALUD
DIVISIÓN MADRES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
CONSEJO ASESOR JUVENIL

INTRUCCIONES PARA SOLICITAR ADMISIÓN AL CONSEJO ASESOR JUVENIL, 2018

Paso 1			
Lee detenidamente: <ul style="list-style-type: none"> Descripción del Consejo Asesor Juvenil Participación de familiares y/o encargados Comunicación e imagen 			
Paso 2			
Completa la Solicitud de Admisión que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Información Personal <input type="checkbox"/> Autorizaciones <input type="checkbox"/> (jóvenes de 14 a 19 años necesitan tener la autorización de padre, madre o encargados) <input type="checkbox"/> Autobiografía 			
Paso 3			
Entrega la solicitud en o antes del 31 de mayo de 2018: Tienes dos opciones: <ul style="list-style-type: none"> A. Envíala por correo electrónico a bessielopez@salud.gov.pr B. Entrégala personalmente en la Oficina Regional de la División Madres, Niños y Adolescentes. Busca la mas cercana 			
Arecibo	Bayamón	Caguas	
Antiguo Hospital de Distrito 2ndo Piso Ave. San Luis 787-765-2929 ext. 6337, 6358 (787) 815-0083	Casa de Salud Hospital Ramón Ruiz Arnau Ave. Laurel 787-765-2929 ext. 5475, 5466 (787) 780-3445	Hospital Menonita Carr. 172, de Caguas a Cidra 1er Piso, cerca del Centro Pediátrico 787-765-2929 ext. 5472,5474, 4813	
Fajardo	Mayagüez	Metro	Ponce
Urb. Monte Brisas Calle E, 1er Piso Antiguo Centro Comercial 787-765-2929 Ext. 5463, 5464, 5465 (787) 801-3071	Antiguo Casa de Salud Detrás del Hospital Dr. Ramón Emeterio Betances 5to Piso Carr. #2 787-765-2929 Ext. 5467,5468, 5471	Hospital. de Psiquiatría Edif. 3 2do Piso 787-765-2929 ext. 4650, 4651, 4654, 4816	Centro Pediátrico 2ndo Piso Carr. 14, Ave. Tito Castro 787-840-7511 787-765-2929 exts.5675/5676/5677

INTRUCCIONES PARA SOLICITAR ADMISIÓN AL CONSEJO ASESOR JUVENIL, 2018

Paso 1: Lee detenidamente
<p style="text-align: center;">Descripción del Consejo Asesor Juvenil</p> <p>El Consejo Asesor Juvenil (CAJ) del Departamento de Salud, adscrito a la División Madres, Niños y Adolescentes (DMNA), tiene como misión: Representar a la juventud en el Departamento de Salud de Puerto Rico con el fin de ser una fuente que facilite información viable y accesible e impacte a la comunidad para alcanzar un estado de plenitud y bienestar.</p> <p>Para lograr esta misión, sus integrantes:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ se reúnen un sábado al mes, o de ser necesario dos, (de 9:00 am a 3:00 pm), en diferentes municipios✓ realizan trabajos en grupos o individuales durante la semana (al menos 5 horas, cuando sea necesario)✓ participan en reuniones autorizadas por la DMNA con colaboradores locales o nacionales✓ crean presentaciones sobre cómo realizan su trabajo u otros temas✓ revisan las actividades dirigidas a adolescentes que realiza la DMNA✓ participan durante un mínimo de 2 años <p>Los integrantes del CAJ se comprometen a cumplir la Guía de Funcionamiento del CAJ y Código de Vestimenta del Departamento de Salud, (puedes encontrar los documentos en http://bit.ly/CAJ_Guias)</p>
<p style="text-align: center;">Participación de familiares y/o encargados</p> <p>El CAJ ofrece la oportunidad a la juventud de desarrollar talentos, destrezas y fortalezas en una cultura que los aprecia como recursos y valora sus aportaciones hacia la salud pública. El apoyo familiar o de sus encargados es fundamental para que el/la joven puede ser un integrante activo. Algunas de las responsabilidades de los familiares y/o encargados del CAJ son:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ brindar transportación a las reuniones y actividades✓ participar en talleres y/o actividades✓ contestar cuestionarios sobre el desarrollo del joven y otros según necesarios
<p style="text-align: center;">Imagen y medios de comunicación</p> <p>Como método de documentación del CAJ, tanto el personal de la DMNA como integrantes del CAJ pueden tomar fotos y/o videos de cada actividad y/o reunión. Estas se pueden utilizar en presentaciones, informes u otras actividades.</p> <p>Entre los medios de comunicación que utiliza DMNA con el CAJ son el correo electrónico, llamadas telefónicas, Facebook, Twitter, Google Hangout y Whataspps, entre otros. Estos medios se utilizan para: avisos de reuniones y actividades, votaciones sobre asuntos relacionados al CAJ, envío de documentos para revisión, anuncios, felicitaciones, envío de fotos de reuniones y/o actividades relacionados al CAJ, etc.</p>



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

SECRETARÍA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR, SERVICIOS INTEGRADOS Y
PROMOCION DE LA SALUD
DIVISIÓN MADRES, NIÑOS Y ADOLESCENTES
CONSEJO ASESOR JUVENIL

Solicitud de Admisión al Consejo Asesor Juvenil, 2018

Información Personal

Nombre: _____ Apellidos: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono Hogar: _____

Dirección de residencia: _____

Dirección postal: _____

Nombre de madre o encargada: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre o encargado: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escuela/Universidad/Colegio al que asiste: _____

Municipio: _____

Si trabajas, escribe el lugar de trabajo: _____

¿Tienes alguna condición de salud? Indica cuál: _____

¿Padeces de alguna alergia? Indica cuál: _____

¿Tienes alguna restricción alimentaria?: _____

Indica si tomas algún medicamento: (¿cuál?): _____

¿Posees capacidades diversas o necesitas apoyo de acceso? Si o No, identifica cual: _____

En caso de emergencia se deben comunicar con: _____ Teléfono: _____

Indica alguna de las destrezas o talentos que posees (Ejemplo: dibujo, uso de redes sociales, computadoras, hablar en público, fotos, y otras):

Indica si estás participando de algún club, organización, etc. y cuál: _____

¿Cómo te enteraste de esta convocatoria? _____

¿Perteneceste al Consejo Asesor Juvenil anteriormente?

Autorizaciones

I-Autorización solicitante

Yo _____ de _____ años de edad,
(Nombre del solicitante) (Edad)

al completar y enviar esta solicitud, entiendo que ingreso en un proceso de evaluación con la posibilidad de ser seleccionado/a como integrante del Consejo Asesor Juvenil (CAJ). De ser seleccionado/a me comprometeré a cumplir con los requisitos que se mencionan en la **-Descripción del Consejo Asesor Juvenil, Guía de Funcionamiento del CAJ y el Código de Vestimenta del Departamento de Salud** (puedes encontrar los documentos en http://bit.ly/CAJ_Guias). 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 y/o encargado del solicitante

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

he leído la **Participación de familiares y/o encargado**. Al completar y enviar esta solicitud, entiendo que el/la solicitante entrará en un proceso de evaluación con la posibilidad de ser seleccionado como integrante del Consejo Asesor Juvenil. De ser seleccionado(a) me comprometeré a cumplir con las responsabilidades descritas, según mis facultades me lo permitan. Autorizo además a la División Madres, Niños y Adolescentes, a filmar, registrar y grabar mi imagen y/o la del solicitante así como su nombre y la voz, 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 padre, madre o encargado del solicitante)

Autobiografía

Incluye con la solicitud, las contestaciones a las siguientes preguntas utilizando el medio creativo que prefieras, (puede ser un ensayo, un video, un cuento, un dibujo, una canción, etc.). **Es requisito que contestes todas las preguntas:**

- ¿Cómo te describes?
- ¿A qué grupo u organización has pertenecido?
- ¿Pertenece a alguna en estos momentos?
- ¿Qué tema de salud crees que es más importante para los jóvenes trabajar?
- ¿Cuál es la importancia de que los jóvenes participen en la toma de decisiones en asuntos de salud?
- ¿Por qué te gustaría ser parte del Consejo Asesor Juvenil?
- ¿Qué experiencias y/o conocimientos puedes traer al Consejo Asesor Juvenil? (incluye experiencias de vida)
- ¿Cómo compartirías tus experiencias y conocimientos con otros jóvenes?
- ¿Por qué debes ser seleccionado/a?

La División Madres, Niños y Adolescentes (DMNA) del Departamento de Salud exhorta a toda persona joven entre las edades de 14 a 19 años, a solicitar ser integrante del Consejo Asesor Juvenil. El Departamento de Salud no discrimina por razón de raza, color, nacimiento, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen, condición social, ni por sus ideales políticos, religiosos, impedimento físico o mental.

Entrega la solicitud en o antes del 31 de mayo de 2018

Debes enviar esta solicitud completada, firmada y con la Autobiografía incluida por correo electrónico a bessie.lopez@salud.gov.pr o entregarla en una de las oficinas regionales de la División Madres, Niños y Adolescentes. **SOLICITUDES INCOMPLETAS, NO SERÁN EVALUADAS.**