Solicitud del
Programa de Voluntariado / Internado

A continuación, se detallan los documentos para evaluar su solicitud al programa de voluntariado, internado, vivencia de empleo, servicio comunitario, proyectos de escutismo, estudiante de feria científica o estudiante de investigación en el Centro de Conservación de Manatíes del Caribe (Red Caribeña de Varamientos). La solicitud junto a los siguientes documentos digitalizados deberá ser enviados a nuestra dirección electrónica *info@manatipr.org*.

- ❑ 1. Solicitud de voluntario.
- ❑ 2. Copia de una transcripción de créditos escolar/universitarios. De ser estudiante.
- ❑ 3. Dos cartas de recomendación.
- ❑ 4. Ensayo detallando su interés en participar del programa, así como su adaptabilidad para trabajar en grupo y como puede mejor contribuir con el Centro. También deberá detallar cual de los 7 programas principales del Centro le interesa participar de forma más activa. De venir del extranjero o de los Estados Unidos continentales, también deberá incluir cómo costeará la estadía durante su voluntariado.
- ❑ 5. Resumé
- ❑ 6. Certificado de buena conducta (sólo para >18 años)
- ❑ 7. Copia del certificado de vacunación contra el tétano y COVID-19
- ❑ 8. Certificado médico de aptitud (formulario del Centro)

El voluntariado y el servicio comunitario es por un mínimo de 4 horas a la semana por un año. Las vivencias de empleo son por un mínimo de 6 horas diarias por 1-5 días. La participación de estudiante en investigación es por 10 ó 20 horas semanales por un semestre académico. La participación de estudiantes en la feria científica es por un mínimo de 4 horas semanales por 2 semanas. Los internados son usualmente por un mínimo de 40 horas semanales por 2 a 6 meses.

Los voluntarios participarán principalmente de uno de los 7 programas principales del Centro, aunque obtendrán experiencia en todas las áreas:

- ❑ Rescate y respuesta a varamientos
- ❑ Rehabilitación
- ❑ Cuidado veterinario
- ❑ Calidad de agua y acuariología
- ❑ Sistemas de apoyo vital
- ❑ Investigación poblacional
- ❑ Alcance comunitario

Las solicitudes son evaluadas al final de cada mes. Sólo las solicitudes completas serán evaluadas. El solicitante deberá aprobar una primera ronda de evaluación de los documentos solicitados, para cualificar para una entrevista. De aprobar satisfactoriamente la entrevista, el solicitante participará de una prueba de trabajo y prueba de destrezas. De éstas ser satisfactorias, y dependiendo del cupo de voluntarios para el semestre o verano, se le podrá ofrecer cabida en nuestro programa de voluntariado / internado.

Gracias por su interés en nuestro programa de voluntariado.

v. Enero 2021

Solicitud del
Programa de Voluntariado / Internado

Acompañe esta solicitud debidamente completada con los documentos digitalizados detallados en la hoja anexa. Todos los documentos deben ser enviados a nuestra dirección electrónica *volunt@manatipr.org*.

Seleccione a que voluntariado esta solicitando:

☐ ***Voluntariado*** ☐ ***Vivencia de empleo*** ☐ ***Estudiante de feria científica*** ☐ ***Internado***
☐ ***Servicio comunitario*** ☐ ***Proyecto de escutismo*** ☐ ***Estudiante en investigación***

Seleccione a que programa en particular esta solicitando (marque sólo uno):

☐ **Rescate y respuesta a varamientos** ☐ **Rehabilitación** ☐ **Sistemas de apoyo vital**
☐ **Calidad de agua y acuariología** ☐ **Alcance comunitario** ☐ **Investigación poblacional**
☐ **Cuidado veterinario**

Información General

Fecha _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Ocupación_____

Grados obtenidos ☐ Superior ☐ BS ☐ MS ☐ DVM/PhD Grados que ostenta: ☐ Superior ☐ BS ☐ MS ☐ DVM/PhD

Concentración/especialidad _____

Institución/escuela/universidad _____

Idiomas que domina ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____

Dirección permanente _____

Ciudad/pueblo _____ Estado/país _____ Código postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Trabajo Actual _____ Puesto _____

Supervisor _____ Teléfono _____

Licencias y certificaciones: ☐ conducir ☐ buceo ☐ primeros auxilios ☐ CPR ☐ navegación ☐ Otro _____

Fechas, días y horas de disponibilidad _____

Intereses profesionales y personales _____

Habilidades (computadoras, arte, oratoria, escritura, etc.) _____

Yo _____ solicito admisión al programa de:

- ☐ Voluntariado por un mínimo de 4 horas a la semana por un año.
- ☐ Servicio comunitario por un mínimo de 4 horas a la semana por un año.
- ☐ Proyecto de escutismo por un mínimo de ____ horas a la semana por ____ meses.
- ☐ Vivencia de empleo por un mínimo de 6 horas diarias por ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 día(s).
- ☐ Estudiante en investigación por un mínimo de ☐ 10 ☐ 20 horas semanales por un semestre académico.
- ☐ Estudiante en la feria científica por un mínimo de 4 horas semanales por 2 semanas.
- ☐ Internado por un mínimo de 40 horas semanales por ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 mes(es).

Certifico que la información arriba indicada es correcta. Entiendo que al ser un programa voluntario no se recibirá ningún tipo de remuneración económica. También entiendo que la Red Caribeña de Varamientos y la Universidad Interamericana de Puerto Rico no son responsable de daños y perjuicios causados durante el trabajo de voluntario o internado y por tanto, libero de toda responsabilidad a la Red Caribeña de Varamientos y la Universidad Interamericana de Puerto Rico por cualquier accidente que ocurra. De ser aceptado, cumpliré con la normativa de uniforme y prueba de destrezas. Autorizo al Centro de Conservación de Manatíes, a la Red Caribeña de Varamientos y a la Universidad Interamericana de Puerto Rico a utilizar fotos y videos de mi trabajo voluntario en el Centro.

_____	_____	_____
Firma del solicitante	Firma del padre/encargado*	Fecha

* Un padre/encargado deberá firmar si el solicitante es menor de edad.

Para uso de la oficina

☐ Solicitud completa Fecha recibida _____

☐ Certificado vacunación ☐ Certificado Vacuna Covid-19 ☐ Certificado de buena conducta ☐ Potencial de trabajo futuro Idiomas ☐ Español ☐ Inglés

☐ Resumé ☐ Transcripción de créditos ☐ Cubierta financiera ☐ Ensayo ☐ Adaptabilidad de trabajo en grupo

☐ Certificado médico de aptitud ☐ Apto ☐ Apto Condicional ☐ No Apto. ☐ Incapacitación temporal Resultado _____/40

☐ Entrevista Fecha _____ Entrevista por _____ Resultado _____/20

☐ Prueba de trabajo Fecha _____ Prueba de trabajo con _____ Resultado _____/20

☐ Prueba de destrezas Fecha _____ Prueba de destrezas con _____ Resultado _____/20

Total _____/100

☐ **Aceptado** ☐ **Denegado** **Iniciales de aprobación**_____

Aceptado en ☐ *Voluntariado* ☐ *Vivencia de empleo* ☐ *Estudiante de feria científica.* ☐ *Internado*
☐ *Servicio comunitario* ☐ *Proyecto de escutismo* ☐ *Estudiante en investigación*

Aceptado al programa de ☐ Rescate y respuesta a varamientos ☐ Rehabilitación ☐ Calidad de agua y aquariología ☐ Cuidado veterinario
☐ Alcance comunitario ☐ Investigación poblacional ☐ Sistema de apoyo vital

Certificado médico de aptitud

para trabajo voluntario / Internado en el Centro de Conservación de Manatíes del Caribe

Todos los candidatos a trabajo voluntario en el Centro de Conservación de Manatíes del Caribe deberán entregar este certificado médico de aptitud debidamente cumplimentado y firmado por un médico licenciado en Puerto Rico o Estados Unidos. Por favor pida una cita con su médico y dele esta forma de dos páginas una vez usted haya cumplimentado la primera parte.

PRIMERA PARTE

Nombre _____

Historial médico

Marque las condiciones o situaciones que le hayan aplicado o le apliquen al presente.

- ☐ Alergias
- ☐ Alergias a medicación
- ☐ Asma
- ☐ Dolores de cabeza frecuentes
- ☐ Dolores de pecho
- ☐ Embarazo actual
- ☐ Espejuelos o lentes de contacto
- ☐ Fumador
- ☐ Heridas importantes
- ☐ Hospitalización
- ☐ Mareos por movimientos
- ☐ Mareos, desmayos o epilepsia
- ☐ Medicación regular
- ☐ Problemas del corazón
- ☐ Problemas emocionales
- ☐ Resfriados frecuentes o fuertes
- ☐ Senos nasales, sinusitis
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Otro
- ☐ Uso de drogas ilícitas
- ☐ Ingestión de bebidas alcohólicas desmedida
- ☐ Problemas de concentración
- ☐ Autismo
- ☐ Incapacidad
- ☐ Diabetes
- ☐ Ansiedad / Ataques de pánico
- ☐ Intervención quirúrgica

Si marco alguno de los anteriores, por favor explique o provea más detalles.

_____

_____

_____

Explique cualquier herida, accidente o enfermedad seria que no estén mencionadas en la lista anterior.

_____

_____

Persona a contactarse en caso de emergencia

Nombre	Parentesco	Teléfono

Certifico que todos los datos expuestos son verdaderos.

_____ Firma del candidato

_____ Fecha

Datos del médico

Nombre _____ Número de licencia médica _____

Teléfono _____

Certificado médico de aptitud (continuación)

SEGUNDA PARTE

Nombre del candidato _____

Para asegurar la máxima seguridad de los voluntarios del Centro de Conservación de Manatíes del Caribe, es esencial que cualquier persona que participe en actividades, las cuales pueden incluir actividades subacuáticas y en las que se haga necesario ejercer fuerza, se encuentre física y psicológicamente sano. Estas actividades conllevan estar expuesto a ciertas condiciones no normales: inmersión acuática, tiempo extendido bajo el sol, inclemencias del tiempo y ambientales, incremento en los niveles de tensión y fatiga, etc. Esto requiere que el voluntario esté preparado y alerta todo el tiempo. Por lo tanto, se solicita que el médico preste atención especial a las siguientes áreas durante el examen médico:

1. Cualquier historial o detalle que sugiera la posibilidad, incluso momentánea, de desvanecimientos (epilepsia, diabetes tratada con insulina, ritmo cardiaco inestable, etc.).
   Comentarios _____
2. Cualquier historial o detalle que sugiera la posibilidad de problemas serios en oídos o senos nasales (supuraciones crónicas, intervenciones quirúrgicas en los oídos, perforaciones, etc.).
   Comentarios _____
3. Cualquier posibilidad de condiciones que impidan o estorben la salida de aire de los pulmones durante el ascenso en una inmersión (asma, antiguos traumas pulmonares, bronquitis, neumotórax, etc.).
   Comentarios _____
4. Cualquier indicación de niveles de stress anómalamente altos, poca tolerancia al stress o inestabilidad emocional.
   Comentarios _____
5. Cualquier historial de medicación o uso de drogas ilegales, incluyendo el exceso de alcohol, que pudiera disminuir la funcionabilidad.
   Comentarios _____

Las siguientes condiciones representan contradicciones absolutas para las actividades de voluntario en el Centro de Conservación de Manatíes, ya sea en sus instalaciones físicas o en el campo. Las personas que padezcan cualquier desorden de los expuestos a continuación, correrán grandes riesgos en la práctica del trabajo voluntario. Estos riesgos deberán ser claramente explicados al interesado.

- Desvanecimientos por inestabilidad cardiaca o epilepsia durante los últimos 5 años.
- Uso de medicinas anticonvulsivas.
- Neumotórax espontáneo en los últimos 3 años.
- Ansiedad extrema.
- Lesiones pulmonares de cualquier tipo detectadas por rayos-x.
- Infarto de miocardio en el último año.
- Impedimentos crónicos para despejar los senos nasales y el oído medio.
- Angina de pecho.
- Perforación crónica del tímpano o supuración del oído medio.
- Enfermedad vestibular crónica.
- Diabetes que requiera ser tratada con insulina o agentes orales.
- Evidencia de psicosis.
- Deficiencia mental.

El médico deberá seleccionar una de las siguientes opciones:

- ❑ **Apto:** Examen médico e historial no revelan ninguna deficiencia incompatible con el trabajo voluntario en el Centro.
- ❑ **Apto condicional:** Examen médico e historial muestran algunos detalles que indican que el trabajo voluntario en el Centro no resulte conveniente para esta persona. Estos detalles han sido discutidos con el interesado.
- ❑ **No apto:** Examen médico e historial revelan contradicciones absolutas para el trabajo voluntario en el Centro. El interesado ha sido informado.
- ❑ **Incapacitación temporal:** Examen médico e historial muestran detalles incapacitantes de naturaleza temporal. El interesado debe abstenerse del trabajo voluntario en el Centro hasta que se resuelva el problema. Se necesitará otro examen médico.

_____	_____	_____
Nombre del médico y número de licencia	Firma del médico	Fecha