

# Formulario de inscripción para mentor y compañero de diabetes PARA ADOLESCENTES



Diabetes Youth Families, Insulliance y UCSF se han comprometido a inspirar y empoderar a los adolescentes, preadolescentes y adultos jóvenes brindándoles apoyo y comprensión a través de conexiones entre pares y tutoría sobre la diabetes. Nos hemos asociado para ofrecer estas dos oportunidades para promover conexiones de apoyo y comunidad para que los adolescentes puedan mejor encarar la vida con diabetes.

---

## Información que se requiere

- Estoy interesado en conectarme con un **compañero adolescente** de la misma edad que yo con diabetes.
- Estoy interesado en conectarme con un mentor **adulto joven** de Insulliance con diabetes.
- Por favor, haga todo lo posible para emparejarme con alguien en/cerca de la ciudad donde vivo.  La ubicación no es importante.
- Estoy interesado en participar en encuestas para evaluar la eficacia de este programa.

Nombre(s) del cuidador: \_\_\_\_\_  
Ciudad primaria, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de preferencia: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre del adolescente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Pronombres de preferencia: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del adolescente (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico (MM/AAAA): \_\_\_\_\_  
Paciente de UCSF (Oakland, Clínica Madison, Walnut Creek, Santa Rosa, Salinas):  Sí  No  
Método de comunicación de preferencia del adolescente: \_\_\_\_\_  
Información de contacto del adolescente: \_\_\_\_\_

---

## La siguiente información nos ayudará a emparejarte con un compañero o mentor de diabetes.

Grado/escuela: \_\_\_\_\_  
Pasatiempos: \_\_\_\_\_  
Mascotas: \_\_\_\_\_  
Música/banda favorita: \_\_\_\_\_  
Película favorita: \_\_\_\_\_  
Espíritu animal: \_\_\_\_\_  
La superpotencia que deseo: \_\_\_\_\_  
Cualquier otra cosa que quisieras que sepamos de ti \_\_\_\_\_

---

*Al solicitar participar en Insulliance, doy mi consentimiento para divulgar la información proporcionada anteriormente a Insulliance, mi mentor y/o compañero de diabetes, y entiendo que estas entidades se comunicarán conmigo/con mi hijo. Acepto asumir todos los riesgos y responsabilidades personales para mí y/o mi hijo al participar en el programa Insulliance. Todas las conversaciones/información médica compartida entre el mentor/aprendiz deben mantenerse confidenciales a menos que ambas partes acuerden lo contrario, y no se comentarán fuera del programa a menos que sea necesario para mantener la seguridad personal de alguien. Estoy enterado de que puedo retirarme del programa y excluirme del contacto por parte de la organización en cualquier momento.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_  
Parentesco con la persona con diabetes: \_\_\_\_\_

Por favor envíe el formulario completo por correo electrónico a Julia Philips, Coordinadora del Programa Comunitario de DYF a [philips@dyf.org](mailto:philips@dyf.org) o informe a su equipo de salud si necesita ayuda para entregar el formulario.

---

## Esta sección será completada por el personal de DYF

Received by: \_\_\_\_\_ Mentee Assigned: Y / N Mentee Name: \_\_\_\_\_  
Date Assigned: \_\_\_\_\_ Mentee Contact Info: \_\_\_\_\_

# Formulario de inscripción para mentor y compañero de diabetes PARA ADOLESCENTES



Diabetes Youth Families, Insulliance y UCSF se han comprometido a inspirar y empoderar a los adolescentes, preadolescentes y adultos jóvenes brindándoles apoyo y comprensión a través de conexiones entre pares y tutoría sobre la diabetes. Nos hemos asociado para ofrecer estas dos oportunidades para promover conexiones de apoyo y comunidad para que los adolescentes puedan mejor encarar la vida con diabetes.

---