

Nombre: \_\_\_\_\_ Nº de WIC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha del nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad del bebé: \_\_\_\_\_

**Por favor díganos más acerca de su necesidad de usar la bomba.**

**1. Necesito una bomba:**

- ☐ Para usarla pocas veces a la semana. Estoy con mi bebé la mayor parte del tiempo.
- ☐ Porque voy a regresar a trabajar o a la escuela.
- ☐ Porque tengo problemas dando pecho o no puedo alimentar a mi bebé.

¿Qué problema tiene? \_\_\_\_\_

☐ Otros problemas: \_\_\_\_\_

**2. ¿Por cuánto tiempo piensa dar pecho? \_\_\_\_\_**

**3. Cuando no está con su bebé, ¿cómo piensa alimentarlo?**

- ☐ Leche materna solamente
- ☐ Fórmula solamente
- ☐ Leche materna y fórmula

---

**Responda a estas preguntas sólo si va a regresar al trabajo o a la escuela.**

**4. ¿Cuántos meses tendrá su bebé cuando regrese a trabajar o a la escuela? \_\_\_\_\_**

**5. ¿Cuántos días por semana estará trabajando o asistiendo a la escuela? \_\_\_\_\_**

**6. ¿Cuántas horas estará lejos de su bebé cada día? \_\_\_\_\_**

**7. ¿Podrá darle pecho a su bebé durante el tiempo que está trabajando o está asistiendo a la escuela?**

☐ Sí    ► ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

☐ No

**Por favor, continúe al reverso**

8. Cuando esté trabajando o estudiando ¿tendrá descansos cada 3-4 horas?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

9. ¿Qué tiempo durarán sus descansos? \_\_\_\_\_

10. ¿Tendrá un lugar privado que tenga electricidad donde pueda extraer la leche?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

11. ¿Su familia le apoya para que siga dando pecho?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

12. ¿La compañía donde trabaja o la escuela donde asiste la apoya para que dé pecho?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

13. ¿La guardería/niñera donde lleva a su bebé, la apoya para que dé pecho?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

14. Por favor, indique los nombres de los medicamentos, drogas, hierbas o remedios naturales que usted está tomando actualmente o que piensa tomar durante el tiempo que dé pecho:

---

---

**Si usted necesita esta información en un formato diferente, llame al 971-673-0040**

**WIC es un programa y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.**

**[www.healthoregon.org/wic](http://www.healthoregon.org/wic)**