



Acuerdo para préstamo de extractor eléctrico de leche multiusuario

Clínica de WIC: _____ Centro hospitalario asociado: _____ Fecha: _____

Información del participante ↓

Nombre _____ Identificación de WIC _____

Nombre del bebé _____ Fecha de nacimiento del bebé _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Teléfono del trabajo / mensaje _____

Otra persona de contacto _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

FOR STAFF USE ONLY/ Para el uso del personal

Type of pump issued:

- ☐ Lactina ☐ EnDeare
☐ Double pumping kit
☐ Other: _____

Pump serial #: _____

Reason for loan:

Follow-up Date (within 48 hours):

Condiciones del préstamo

Lea cada afirmación, coloque sus iniciales en la casilla y firme a continuación.

- No he recibido un extractor de leche ni de mi proveedor médico ni de mi compañía de seguro. ☐
- Entiendo que este extractor de leche es propiedad del Programa WIC y que se me está prestando. Resguardaré el extractor contra robo o pérdida conservándolo en un lugar seguro en todo momento. No fumaré cerca del extractor. No lo venderé, ni lo regalaré, ni permitiré que otra persona lo use.
- Devolveré el extractor de leche limpio al lugar indicado en el sello del extractor. Devolveré el extractor el: _____ o antes si ya no lo necesito, si salgo de Oregon o si WIC me lo pide. Si no devuelvo el extractor de leche, acepto pagar al Programa WIC el costo del extractor. ☐
- He recibido instrucciones para el armado, el uso y la limpieza del extractor y entiendo cómo guardar sanitariamente mi leche materna. Usaré el extractor de leche según las instrucciones que he recibido. Llamaré a(l) _____ si el extractor no funciona debidamente, si alguna pieza se rompe, o para reportar su pérdida o robo o daños al mismo.
- Entiendo que WIC puede contactarme para brindarme apoyo con la lactancia y para determinar si sigo necesitando el extractor de leche. Seguiré inscrita en WIC. Informaré a WIC si cambio de nombre, dirección o número de teléfono. Concedo mi permiso al personal de la clínica para que se comunique con la otra persona de contacto que he indicado arriba si no logran comunicarse conmigo.
- Entiendo que el uso de drogas o sustancias legales tales como el alcohol, la marihuana o ciertos medicamentos mientras dé pecho podrían causar daño a mi bebé.
- Acepto no enjuiciar al Programa WIC ni local ni estatal, ni a ninguno de sus empleados por daños o gastos que se relacionen con el uso o la posesión de este extractor de leche.

Firma del participante _____

Fecha _____

Firma del personal _____

Fecha _____

Firme abajo cuando se devuelva el extractor de leche ↓

Condición del extractor devuelto _____

Firma del participante _____

Fecha _____

Firma del personal _____

Fecha _____