

EQUIPO O BOMBA PARA EXTRAER LECHE MATERNA – FORMULARIO DE AUTHORISACION

PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA CLÍNICA DE WIC

Tipo de bomba emitida

Tipo de equipo emitido

Revisado por un representante de WIC

Manual Pump
 Single User Pump
 Lactina/EnDeare No. de serie: _____
 Hygeia EnJoye Serial No. de serie: _____
 Ardo Calypso PRO No. de serie: _____
 Medela Symphony No de serie: _____
 Ameda Platinum No de serie: _____
 Ardo Carum No. De serie: _____

Protectores para el seno
 Estuche para conservar la leche
 Supplemental Nursing System

- Horarios para la extracción de la leche
- Almacenamiento de la leche materna
- Piezas de la Bomba/Equipo
- Uso apropiado de la Bomba/Equipo
- Limpieza adecuada de la Bomba/Equipo para
- Regreso al trabajo o a la escuela
- A quién llamar en caso de necesitar ayuda

Emitido por: _____

Fecha de seguimiento:

La persona participante deberá leer y inicial por cada párrafo lo siguiente:

He recibido la bomba/equipo para extraer leche materna mencionada anteriormente.
 Me han explicado como usar la bomba/equipo correctamente y lo he comprendido totalmente.
 “Entiendo que por la salud del bebé, esta bomba/accesorios son sólo para mi uso. Yo no le daré, venderé o trataré de vender esta bomba/accesorios a nadie. Para evitar la contaminación cruzada, no dejaré que nadie use esta bomba/accesorios”.
 Entiendo que el programa de WIC, sus empleados, y el Departamento de Salud Pública y el Medio Ambiente de Colorado no son responsables por cualquier daño personal causado por el uso de esta bomba/equipo, o por cualquiera de las instrucciones o información que me halla brindado el personal de WIC.

Para bombas eléctricas y de pedal:

Entiendo que esta bomba es propiedad del Programa WIC del estado de Colorado, y que debe ser regresada a la oficina de WIC en esta fecha: _____.
 Entiendo que programaré y asistiré a mis citas mensuales mientras tengal el extractor.
 Entiendo que soy responsable de limpiar el extractor (ej., limpiarla con un paño húmedo) antes de regresarla a la oficina del WIC o se me pedirá wue la limpie al regresarla.
 Yo me pondré en contacto con la oficina de WIC en caso de no pueda regresar la bomba a tiempo, o en caso de que desee usar la bomba por más tiempo.
 Yo seré la persona responsable de esta bomba y me comprometo a regresarla limpia. No fumaré cerca de la bomba.
 Si la bomba se pierde, alguien la roba, se rompe o se daña lo reportaré inmediatamente al Programa de WIC.
 Yo me pondré en contacto con la oficina de WIC en caso de cambiarme de domicilio.
 En caso de que no regrese la bomba en un plazo de 15 días a partir de la fecha de entrega, entiendo que la clínica presentará un informe de robo con la policía local. ____
 En caso de no hacerlo así, yo pagaré el costo de la bomba (máximum \$500 por la eléctrica y \$25 por la de pedal).

Nombre de la persona participante de WIC _____ Número de ID de WIC _____ Fecha _____

Firma de la persona participante de WIC _____ Teléfono _____ Teléfono para mensajes _____

Dirección de la persona participante: _____

Nombre, dirección y teléfono de algún pariente o amigo que no viva con usted: (por lo menos dos)

1. _____
2. _____
3. _____

Llame al programa WIC al _____ en caso de tener problemas con esta bomba o al extraer la leche materna.

Breastfeeding Formula feeding Both Was the pump helpful to you? ___yes ___no

Date Returned

Participant Signature

WIC Staff Signature

