Acuerdo de préstamo y cesión de extractor de leche para varios usuarios

Marque lo que corresponda:

- ❑ Recibí y comprendí las instrucciones para lo siguiente:
  - Demostración práctica del uso, el montaje y la limpieza del equipo de lactancia.
  - Cómo determinar el tamaño adecuado de la copa del extractor.
  - La importancia del contacto piel con piel.
  - Extracción manual para asegurar el vaciado del pecho.
  - Manipulación y almacenamiento adecuados de la leche materna.
  - Tiempo de descanso para las madres lactantes según la ley federal, si corresponde.
  - Cómo y dónde devolver el extractor.
- ❑ Entiendo que el personal de WIC se comunicará conmigo mensualmente para evaluar mis necesidades en relación con el extractor.
- ❑ Entiendo que debo devolver el extractor antes de _____ (fecha) o llamar a _____ para explicar por qué lo necesito más tiempo.
- ❑ Entiendo que este extractor de leche le pertenece a_____ (Programa WIC/Estado de
- ❑ Michigan) y que, si no lo devuelvo, se informará a las autoridades locales o estatales que el extractor de leche se considera robado.
- ❑ Entiendo que no tengo obligación de usar este extractor de leche y que puedo dejar de usarlo en cualquier momento. En tal caso, debo devolverlo a la agencia local de WIC. Libero al Programa WIC de Michigan y a sus representantes de toda responsabilidad en relación con el uso de este extractor de leche.
- ❑ Si tengo algún problema, debo llamar a _____ al _____

Nombre del cliente de WIC (letra imprenta)_____ ID del cliente_____

Firma del cliente de WIC_____Fecha_____

Información de contacto adicional_____ Número de teléfono_____

Firma del personal de WIC_____ Fecha_____

Para uso exclusivo de la oficina

Nombre del extractor multiuso:

Número de serie:

Motivo de préstamo:

- ❑ Separación prolongada de la madre y el bebé
- ❑ Enfermedad de la madre o el bebé
- ❑ Bebé prematuro en casa que no puede alimentarse eficazmente del pecho o todavía no aprendió a hacerlo
- ❑ Parto múltiple
- ❑ El bebé aún no aprendió a agarrarse o alimentarse eficazmente del pecho
- ❑ Dificultad para iniciar o mantener el suministro de leche
- ❑ Deseo de restablecer la lactancia materna
- ❑ Vuelta al trabajo de tiempo completo

Esta Institucion Ofrece Igualdad de Oportunidades.

WIC MICHIGAN