

## Formulario de responsabilidad del equipo de lactancia

**Material proporcionado:**     Bomba manual             Bomba para uso personal             Bomba para múltiples usuarios  
     Kit de accesorios de bomba                             Materiales de la bomba y ayudas para la bomba

**Para que marque el personal.** Nombre del personal: \_\_\_\_\_

Sí	No	Información ofrecida al cliente sobre cómo hacer lo siguiente:
		Usar la bomba
		Limpiar la bomba
		Asegurarse que el túnel del pezón es adecuado (solo a la emisión de la bomba)
		Extracción manual de leche humana
		Mantener la producción de la leche
		Guardar la leche materna de forma segura
		Obtener ayuda para bombear y la lactancia

Nombre del participante: \_\_\_\_\_  
 ID del participante: \_\_\_\_\_  
 Número de serie de la bomba de leche:  
 # \_\_\_\_\_  
 Fecha de devolución de la bomba múltiples usuarios:  
 \_\_\_\_\_

**El participante o el personal que completa esta sección.**

- **En persona:** Participante reconoce cada línea. Marque (X) para “sí o revisado”.
- **Servicio remoto:** El personal de WIC revisa con el participante. Marque (X) para “sí o revisado.”

	Recibí toda la información que el personal indicó arriba.
	Entiendo completamente cómo usar la bomba de leche materna de forma adecuada.
	Entiendo que esta bomba de leche materna es para mi uso personal y que regalarlo o venderlo, incluido publicarlo para vender en sitios de redes sociales, implicaría una violación a las reglas del WIC.
	Seré contactado entre dos días de servicio (excepto los fines de semana o días festivos) sobre el uso de la bomba y también para contestar preguntas o dudas.
	<b>Entiendo que la oficina de WIC me contactará para esta fecha:</b> _____ usando la información de contacto al terminal de esta forma.
	<b>El personal reconoce el repaso de esta fecha poniendo sus iniciales aquí:</b> _____
	Acepto no presentar ningún reclamo de responsabilidad financiera o personal contra el Programa WIC del estado de Washington, sus contratistas o agencias locales, o cualquier funcionario o empleado relacionado con dicho programa, por daños, gastos o perjuicios personales por usar esta bomba de leche materna.
	(Solo para el extractor de leche materna para múltiples usuarios) Acepto devolver esta bomba de leche materna limpio y en buenas condiciones de funcionamiento antes del _____(fecha).
	(Solo para el extractor de leche materna para múltiples usuarios) Entiendo que esta bomba de leche materna es prestada. Podrían solicitar que la devuelva si ya no la necesito o hay una mejor alternativa disponible.
	(Solo para el extractor de leche materna para múltiples usuarios) Entiendo que esta bomba de leche materna es propiedad del Programa WIC del estado de Washington. Si no la devuelvo o contacto la oficina WIC en un tiempo razonable, podría ser que tenga que pagar al Programa WIC el valor de la bomba.
	Llamaré al personal del WIC al teléfono _____(número) si tengo dudas o preguntas sobre el uso de esta bomba de leche o sobre el apoyo de la lactancia materna.
	Entiendo completamente este formulario y recibí una copia del formulario.

## Formulario de responsabilidad del equipo de lactancia (continuación)

Firma del personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Servicio remoto:** El participante ha proveído su consentimiento verbal al personal WIC para firmar de mi parte.

Información de contacto: Dirección postal/Números de teléfono: trabajo, celular, casa:

Contacto alternativo (persona con la que nos podemos comunicar si no logramos ponernos en contacto con usted):  
*Nombre/Dirección/Número de teléfono:*

Infórmele al personal del WIC si su dirección o número de teléfono cambian.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. El Programa de Nutrición WIC del Estado de Washington no discrimina. Para solicitar documento en otro formato, llame al 1-800-841-1410. Clientes sordos o con problemas de audición, favor de llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a [WIC@doh.wa.gov](mailto:WIC@doh.wa.gov).



DOH 961-1216 February 2024 Spanish