

**Acuerdo de Liberación de Responsabilidad y Préstamo de Suministros para Lactancia Materna  
Programa WIC de Carolina del Norte**

**Información sobre la participante**

Nombre: \_\_\_\_\_ Identificación (ID) familiar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

**Recibo y aceptación del suministro de lactancia materna**

Fabricante: \_\_\_\_\_ Nombre del artículo: \_\_\_\_\_

He recibido un suministro de lactancia materna de parte de \_\_\_\_\_, de aquí en adelante denominado "suministro". Al recibir este suministro, entiendo y acepto lo siguiente indicando con mis iniciales a continuación:

\_\_\_\_\_ Me han enseñado y entiendo cómo hay que montar (si es necesario), utilizar y limpiar el suministro proporcionado.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el suministro debe usarse según lo previsto, siguiendo las instrucciones del fabricante para garantizar todos los beneficios del suministro.

\_\_\_\_\_ Acepto que el suministro es solo para mi uso personal. No dejaré que otros usen el suministro, ni venderé ni regalaré el suministro.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Programa WIC de Carolina del Norte y sus empleados no son responsables de ningún daño o lesión personal que resulte del uso del suministro o de seguir las instrucciones proporcionadas.

\_\_\_\_\_ Informaré rápidamente cualquier pérdida, robo, rotura o daño del suministro a mi agencia de WIC.

\_\_\_\_\_ Mantendré actualizada la oficina de WIC si hay algún cambio en mi información de contacto.

\_\_\_\_\_ Si tengo preguntas o inquietudes sobre la lactancia materna o el uso del suministro, he recibido el siguiente número de contacto para obtener ayuda.

<b>Office Use Only</b>	
<input type="checkbox"/>	Provided Guidance to Support Family's Infant Feeding Goals
<input type="checkbox"/>	Developed a personalized plan for use
<input type="checkbox"/>	Taught Hand Expression
<input type="checkbox"/>	Ensured Proper Fit
<input type="checkbox"/>	Outlined Instructions for Use
<input type="checkbox"/>	Provided Instructions for Milk Storage or Safe Fluids Guidance
<input type="checkbox"/>	Instructed on Guidance for Troubleshooting

**Bombas eléctricas multiusuario**

\_\_\_\_\_ Reconozco que esta bomba es propiedad del Programa WIC de Carolina del Norte y debe devolverse antes de la fecha de devolución acordada, a menos que se proporcionen extensiones.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la clínica puede solicitar la devolución de la bomba en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ Acepto cuidar bien la bomba, mantenerla limpia y devolverla en su estuche de transporte.

Número de serie: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_ Fecha de regreso: \_\_\_\_\_

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si tiene preguntas, llame a WIC al:** \_\_\_\_\_

I verify that the breastfeeding supply has been assembled and inspected by this WIC Program before the participant received it. The supply is clean and safe for use.

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_