



**Formulario de acuerdo de entrega en
 préstamo de un extractor de leche**
 Programa de Nutrición Suplementaria
 Especial Para Mujeres, Bebés y Niños
 (WIC) del CDC de Maine

Nombre de la agencia local:	Modelo del extractor de leche:
	Número de serie (Serial) del extractor de leche:
	Número de la etiqueta identificación del extractor de leche:
Nombre y número de identificación personal (ID) de la participante adulta:	Nombre y número de ID del bebé:
<input type="checkbox"/> ¿Menor de 18 años? De ser así, se recomienda incluir un cofirmante	Fecha de nacimiento (DOB) del bebé:
Núm. de teléfono del domicilio:	Nombre de la segunda persona contacto:
Núm. de teléfono alternativo:	No. de teléfono de la segunda persona contacto:
Razón de la solicitud préstamo del extractor de leche (en caso de lactancia materna):	

Acuerdo de entrega en préstamo:

- Entiendo que el Programa de Nutrición WIC del CDC de Maine me está entregando en préstamo un extractor de leche.
- Entiendo que debo devolver el extractor de leche, si:
 - No acudo a mis citas del programa WIC o dejo de estar inscrita en el WIC
 - Mi bebé ha cumplido dos años
 - Ya no estoy usando el extractor de leche
 - El personal del programa WIC no logra contactarme
- Entiendo que soy responsable del extractor de leche.
- Me comprometo a devolver el extractor de leche en la misma condición en que lo recibí.
- Entiendo que si no devuelvo el extractor de leche o no funciona al devolverlo, el programa WIC me puede cobrar el costo total del extractor (hasta un máximo de \$900).**

_____ Firma de la participante	_____ Fecha
_____ Nombre del cofirmante (si la participante tiene menos de 18 años)	_____ Cofirmante (más de 18 años)
_____ Firma del miembro del personal del WIC	_____ Fecha
Adiestramiento ofrecido: Cómo armarlo <input type="checkbox"/> Revisión de su uso y limpieza <input type="checkbox"/> Pautas de almacenamiento de la leche materna <input type="checkbox"/>	
Fecha de devolución: _____	El extractor fue devuelto en buenas condiciones <input type="checkbox"/>
	_____ Firma del miembro del personal:

Iniciales de la participante:

Esta es una institución que ofrece igualdad de oportunidades de atención.
 Impresión en inglés