

1. Name (Last, First)												
2. Family ID	F											
3. Date of Birth		Month			Day			Year				
		Month			Day			Year				
4. Expected or Actual Delivery Date		Month			Day			Year				
		Month			Day			Year				
5. County of Residence												

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
 Sección de la Salud de las Mujeres y los Niños
 Unidad de Servicios de Nutrición

Carta de Acuerdo para Participar en el Programa de Consejeras de Lactancia

El programa WIC de consejeras de lactancia desea que usted tenga éxito amamantando a su bebé. Para ayudarle a tener éxito, una consejera de lactancia:

- Le contactará durante su embarazo y en los primeros días en que usted amamante a su bebé
- Estará disponible para ayudarla con el amamantamiento hasta que destete a su bebé
- Le referirá a expertos en lactancia o a proveedores de atención médica si es necesario
- Le ayudará a:
 - ✧ Tener suficiente leche para su bebé
 - ✧ Iniciar la lactancia en forma adecuada
 - ✧ Aprender cómo amamantar a su bebé en cualquier parte
 - ✧ Lograr el apoyo de sus familiares y amigos
 - ✧ Enfrentar sus inquietudes sobre la lactancia
 - ✧ Continuar la lactancia cuando regrese a su trabajo o a la escuela

Sus responsabilidades con respecto a los servicios de las consejeras de lactancia son las siguientes:

- Informar a la consejera de lactancia acerca de sus necesidades durante el embarazo y luego del nacimiento de su bebé
- Informar a la consejera de lactancia sobre cualquier cambio en su dirección o su número telefónico
- Informar a la consejera de lactancia de cómo y dónde desea que le contacten:

Método de Contacto	Proporcione Su Información de Contacto
<input type="checkbox"/> Teléfono	
<input type="checkbox"/> Mensaje de texto (si aplica)	
<input type="checkbox"/> Videoconferencia (si aplica)	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico (si aplica)	
<input type="checkbox"/> Otra: _____ <small>Especificar método de contacto</small>	

Tanto el personal del programa de WIC como la participante deben leer y firmar esta carta de acuerdo a fin de iniciar los servicios del programa de consejeras de lactancia.

Entiendo mis responsabilidades y deseo recibir los servicios del programa de consejeras de lactancia.

Entiendo mis responsabilidades con respecto al programa de consejeras de lactancia y trabajaré con la participante a fin de ayudarla a recibir los servicios que desee.

Firma de la participante

Firma del personal del Programa WIC

Fecha

Fecha

Número telefónico de la consejeras de lactancia