

Relievo de Responsabilidad y Acuerdo de Préstamo de Suministros de Lactancia

Programa WIC en Carolina del Norte

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono #: _____ Teléfono del trabajo#: _____
Número de Identificación WIC (familiar) #: _____
Nombre de la persona contacto: _____
Teléfono de la persona contacto: _____

He recibido un suministro de lactancia y/o una bomba extractora de leche;(en lo sucesivo denominado "artículo(s)", de parte de la clínica _____.

_____ He sido instruida en cómo usar ensamblar (si aplica), usar y limpiar el/los artículo(s) que se me ha(n) entregado. Entiendo que debo usarlo(s) para el propósito que fue(ron) diseñado(s), y seguir las instrucciones del fabricante, para poder obtener el beneficio completo del mismo.

_____ Entiendo que el/los artículo(s) son únicamente para mi uso personal. No permitiré que ninguna otra persona la use; y no los regalaré ni venderé.

_____ Entiendo que el programa WIC de Carolina del Norte, sus empleados y la División de Salud Pública de Carolina del Norte no son responsables por daños personales o lesiones físicas ocasionadas por el uso del/los artículo(s) o por la información e instrucción impartida por el personal de WIC.

_____ Notificaré de inmediato a la clínica _____ sobre cualquier pérdida, robo, rotura, desperfecto o daño que el/los artículo(s) hayan sufrido.

_____ Mantendré a la clínica _____ informada sobre cualquier cambio de mi dirección o teléfono.

_____ Se me ha proporcionado un número telefónico para llamar en caso de que tenga preguntas o inquietudes sobre la lactancia o el uso del/los artículo(s).

PRÉSTAMO DE BOMBA ELÉCTRICA DE LACTANCIA PARA MÚLTIPLES USUARIOS

_____ Entiendo que esta bomba es propiedad del programa WIC de Carolina del Norte y debe ser devuelta a la clínica _____ cuando ya no la necesite , La clínica _____ puede solicitar la devolución de la bomba en cualquier momento. Si no devuelvo la bomba dentro de los 15 días del tiempo acordado o dentro de la fecha de devolución estipulada, entiendo que la clínica _____ puede presentar un reporte de robo de propiedad ante las autoridades locales.

_____ Estoy de acuerdo en proteger, cuidar y limpiar la bomba de lactancia.

_____ Entiendo que la bomba debe ser devuelta en buenas condiciones, limpia e intacta, dentro de su estuche original.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Reason for Issuance: _____
Property of _____ Clinic I.D.# _____
Electric Breast Pump Serial Number: _____

I verify that the breastfeeding supply item(s) and/or breast pump have been assembled (if applicable) and inspected by this program before the participant received it.

FOR MULTI-USER ELECTRIC BREAST PUMP LOAN:

I have verified that this pump has been cleaned and inspected by this program before the participant received it. It is an electric breast pump that has been approved by Underwriters Laboratories, (UL Approved). It has a maximum pressure of 250 MM, which is within the recommended safe pressure level.

Staff Signature: _____ Date: _____