



**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

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

**Acuerdo de entrega en préstamo:**

1. Entiendo que el Programa de Nutrición WIC del CDC de Maine me está entregando en préstamo un extractor de leche.
2. Entiendo que debo devolver el extractor de leche, si:
  - a. No acudo a mis citas del programa WIC o dejo de estar inscrita en el WIC
  - b. Mi bebé ha cumplido dos años
  - c. Ya no estoy usando el extractor de leche
  - d. El personal del programa WIC no logra contactarme
3. Entiendo que soy responsable del extractor de leche.
4. Me comprometo a devolver el extractor de leche en la misma condición en que lo recibí.
5. **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)	Número de teléfono del cofirmante
Firma del miembro del personal del WIC	Fecha	

Adiestramiento ofrecido:  
 Cómo armarlo  Revisión de su uso y limpieza  Pautas de almacenamiento de la leche materna

Iniciales de la participante: \_\_\_\_\_

Fecha de devolución: \_\_\_\_\_ El extractor fue devuelto en buenas condiciones

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

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