

**Formulario de acuerdo de préstamo de extractor de leche**

Programa de nutrición WIC del CDC de Maine

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la agencia local: | Modelo del extractor:N.º de serial del extractor: **N.º de la placa de identificación del extractor:** |
| **Nombre de la participante (madre) y nro. de identificación:** | **Nombre del bebé y nro. de identificación:**  **Fecha de nacimiento del bebé:** |
| **N.º de teléfono de casa:**  **N.º de teléfono secundario:** | **Nombre de la persona de contacto alternativa:**  **N.º telefónico de la persona alternativa:** |
| **Razón del préstamo del extractor:** | |

**Acuerdo del préstamo:**

* Comprendo que el Programa Especial de Nutrición Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC) del Centro de Control de Enfermedades (Center for Disease Control, CDC) de Maine me ofrece en préstamo un extractor de leche.
* Comprendo que los extractores se prestan a los participantes con base a la prioridad y entregaré el extractor si se me solicita o si surge una prioridad más importante que la mía.
* Comprendo que debo devolver el extractor si:
  + Falto a mis citas o dejo de venir al WIC
  + El bebé cumplió su primer año
  + Se ha resuelto la necesidad médica
  + El bebé recibe más fórmula suplementaria que la cantidad permitida
  + El personal del WIC no puede comunicar conmigo para evaluar si sigo necesitando el extractor
* Sé que soy responsable del extractor de leche y que debo devolverlo en las mismas condiciones en las que lo recibí.
* Comprendo que, si no devuelvo el extractor o lo daño, el programa de WIC puede cobrarme el costo total del extractor. Comprendo que este extractor puede tener un valor de $1000.00.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del cofirmante (si el cliente tiene Cofirma N.º de telf. del cofirmante

menos de 18 años)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del personal de WIC Fecha Verificación de montaje, uso y limpieza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iniciales del personal

Fecha de devolución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales del miembro del personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_