Agencia local No._____ **Lugar No._____**

Formulario de absolución para el uso de las bombas extractoras eléctricas a plazo largo

_____ He recibido instrucciones para ensamblar, usar, desarmar y limpiar este equipo y cómo cuidar y guardar la leche que me extraiga.

_____ Entiendo que la agencia local de WIC No._____ , sus empleados y el Departamento Estatal de Servicios de Salud *no* son responsables por ningún daño causado por el uso de la bomba extractora de leche o por las instrucciones dadas por el personal de WIC. Yo soy la única persona responsable.

_____ Entiendo que esta bomba extractora de leche es solamente para mi uso. No le prestaré esta bomba a nadie más.

_____ Entiendo que si la bomba se arruina o funciona mal, tendré que devolvérsela a la clínica de WIC para que la cambien o la arreglen.

_____ _____
Escriba en letra de imprenta el nombre del participante de WIC — Tel. de trabajo

_____ _____
Firma del participante de WIC — Fecha

To be completed by WIC staff

Trained by: _____ Title: _____
Sign Name

Date Issued: _____ FID No.: _____
(Optional)

Original to participant or central file, copy to participant

© 2004 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Derechos reservados. Esta institución ofrece igualdad en las opportunidades de servicios para todos.