

Chapter 6

Breast Pump Release Forms

Local Agency No. _____

Site No. _____

Multi-User Electric Breast Pump Loan/Release Form

Participant's Name (Mom): _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Breast Pump No.: _____ FID No.: _____ SSN: _____
(Optional)

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Other Contact: _____ Phone No.: _____

_____ I am currently enrolled in the Texas WIC program and will continue enrollment by keeping my WIC appointments. Any termination of that enrollment will cancel this agreement.

_____ I understand that it is my responsibility to inform the WIC clinic of any change of address or phone number.

_____ I understand that I am the only one authorized to use this pump. I will not loan this pump to anyone.

_____ I have received instruction on assembly, use, disassembly, and cleaning of the breast pump and the storage and handling of expressed breastmilk.

_____ I understand that WIC Local Agency No. _____, its employees, and the Department of State Health Services are *not* responsible for any personal damage caused by the use of this breast pump. I am the only one responsible.

_____ I understand that it is my responsibility to protect the pump from theft or loss. I will handle the pump with care. I will lock the pump in my car when traveling, either in the trunk or out of sight. I will keep the pump in a secure area at home.

_____ I understand that, if the pump breaks or malfunctions, I must return the pump to the WIC clinic for replacement or repair.

_____ I understand that this breast pump is the property of the State of Texas WIC program and, as state property, I must return it to the WIC clinic by the due date or it will be reported as stolen.

WIC Participant Signature

Date

Trained by: _____ Title: _____
Sign Name

Date Due: _____ Date Issued: _____

Original to participant or central file, copy to participant



WIC-51 rev. 10/04
© 2004 Department of State Health Services. All rights reserved. This institution is an equal-opportunity provider.



Núm. de la oficina local: _____

Núm. del lugar: _____

Declaración del recibo de un sacaleches eléctrico prestado para el uso de varias personas

Nombre de la participante (mamá): _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Núm. del sacaleches: _____ Núm. de FID: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Tel. de la casa: _____ Tel. del trabajo: _____

Nombre de otro contacto: _____ Tel.: _____

_____ Actualmente participo en el Programa de WIC de Texas y continuaré participando acudiendo a las citas de WIC. Si dejo de participar, este acuerdo se anulará.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad informarle a la clínica de WIC de cualquier cambio de dirección o de teléfono.

_____ Entiendo que yo soy la única persona autorizada para usar este sacaleches. No se lo prestaré a nadie más.

_____ Me han dado instrucciones sobre cómo armar, desarmar, usar y limpiar este aparato y sobre cómo guardar y manejar la leche materna extraída.

_____ Entiendo que la oficina local de WIC, Núm. _____, sus empleados y el Departamento Estatal de Servicios de Salud *no* se hacen responsables de ningún daño personal causado por el uso de este sacaleches. Yo soy la única persona responsable.

_____ Entiendo que tengo la responsabilidad de evitar el robo o la pérdida del sacaleches. Usaré el sacaleches con cuidado. Cuando viaje lo guardaré bajo llave en el carro, ya sea en la cajuela o donde no se vea. En casa lo guardaré en un lugar seguro.

_____ Entiendo que si el sacaleches se rompe o no funciona bien, tendré que llevarlo a la clínica de WIC para que lo arreglen o me den uno de repuesto.

_____ Entiendo que este sacaleches es propiedad del Programa de WIC del estado de Texas y que, como propiedad del estado, debo devolverlo a la clínica de WIC cuando se cumpla el plazo. De no hacerlo, considerarán que el sacaleches ha sido robado.

Firma de la participante de WIC

Fecha

Persona que le enseñó a usar el sacaleches: _____ Título: _____
Sign Name

Fecha de plazo para devolución: _____ Fecha en que se entregó: _____

Original to participant or central file, copy to participant



WIC-51A rev. 12/04
Esta institución ofrece igualdad en las oportunidades de servicios para todos.
© 2004 Departamento Estatal de Servicios de Salud. Sección de Servicios de Nutrición. Derechos reservados.

