

Referencia para Extractor de Leche para Participantes de WIC

Participante de WIC _____ Fecha de Nacimiento _____
(Nombre)

Dirección _____ Teléfono _____

El Consultor Certificado en Lactancia del Consejo Internacional (IBCLC),
nombrado abajo, me dio instrucciones para _____
extractor de leche. (Escriba el tipo de extractor de leche)

Yo entiendo que el IBCLC es solo una fuente de recursos y, como tal, **ni garantiza la disponibilidad de un extractor de leche** ni puede ser responsable de cualquier mal uso del extractor o daños personales causados con el uso. Además, entiendo, a menos que se indique lo contrario, cualquier extractor proveído por el Departamento de Salud del Estado de Oklahoma Servicios WIC es prestado, y necesito que regresar el extractor de leche a la clínica WIC donde fue emitida.

(Firma de Madre de Amamantamiento WIC) Fecha _____

Para ser completado por el IBCLC:

To be completed by the IBCLC:

Reason for Referral _____

Infant's Gestational Age _____

International Board Certified Lactation Consultant _____

Signature _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Participante WIC: **Usted debe llamar y hacer una cita en la clínica WIC cuando solicite un extractor de leche.** Por favor lleve esta forma con usted.

Doy mi permiso para que _____ recoja mi extractor de
leche en la clínica WIC. _____ Fecha _____
(Firma de Madre de Amamantamiento WIC)

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

WIC Participant Breast Pump Referral

Instructions

Purpose

An International Board Certified Lactation Consultant completes the *WIC Participant Breast Pump Referral* as documentation of a WIC breastfeeding mother's need for a breast pump. This form provides documentation to WIC clinic staff that a WIC breastfeeding mother has already received instruction on the use and operation of a breast pump. This form also provides documentation of the WIC breastfeeding mother's permission for someone else to pick up her breast pump at the clinic.

Procedure

The International Board Certified Lactation Consultant, employed outside the WIC clinic, completes this form verifying that the WIC breastfeeding mother has received instruction on the use and operation of the breast pump that is indicated. This form is given to the WIC breastfeeding mother to be taken to the WIC clinic requesting a breast pump, if available. If the breast pump, as indicated on this form, is available to be loaned to the participant, instruction on the use and operation of the breast pump is not necessary by the clinic staff. If your clinic does not have a breast pump for loan, contact the **OSDH WIC Service Breastfeeding Helpdesk at 1-888-655-2942 option 2** for assistance.

Routing and Filing

The International Board Certified Lactation Consultant reproduces the form as needed. It is then retained in the participant's chart at the local WIC clinic. This form is **print as needed**.