# Personal Double Pump (PDP) and Manual Breast Pump Issuance Form
# Formulario para la entrega de sacaleches doble personal (PDP) y sacaleches manual

| | | | |
|---|---|---|---|
| District: | District | Clinic: | |
| Name: | | WIC ID #: | |
| Infant's Name: | | Infant DOB: | |
| Address: | | | |
| City: | | Zip Code: | |
| Phone: | | 2nd Phone: | |

| | |
|---|---|
| Type of pump issued: | ☐ Manual Breast Pump<br>☐ Personal Double Pump: Serial # _____ |

Reason for issuance:
Razón de la entrega: Reason For Issuance:

**Additional Documentation as needed (**Documentación adicional, según sea necesario):

**Condiciones para la entrega del sacaleches**
**Lea cada renglón y firme abajo:**

- He recibido instrucciones sobre cómo armar, utilizar y limpiar el sacaleches, y entiendo cómo utilizar y limpiar el sacaleches y cómo almacenar la leche materna con seguridad. Utilizaré el sacaleches siguiendo las instrucciones sobre cómo armarlo, utilizarlo y limpiarlo.
- Estoy de acuerdo en que el sacaleches que la clínica de WIC me ha proporcionado está limpio y funciona bien.
- Llamaré a la clínica de WIC si el sacaleches no funciona bien.
- Entiendo que el sacaleches está diseñado para ser utilizado por una sola persona y que no se debe compartir.
- Entiendo que soy la única persona autorizada para utilizar este sacaleches y que no lo venderé ni lo regalaré.
- No fumaré cerca del sacaleches.
- Entiendo que la clínica de WIC se comunicará conmigo para proporcionarme información sobre la lactancia.
- Me comprometo a no interponer ninguna reclamación contra el Programa WIC de Georgia, la clínica local de WIC, sus afiliadas ni ningún empleado relacionado con el Programa WIC de Georgia por daños y perjuicios o gastos relacionados con el uso o la posesión del sacaleches.
- Entiendo y acepto las condiciones para la entrega de este sacaleches.

**Firma de la participante:** _____ **Fecha:** _____

**Firma del personal de WIC:**_____ **Fecha:** _____