

1. Last Name First Name MI

Departamento de Salud y Sevicios Humanos de Carolina del Norte
Sección de la Salud de las Mujeres y los Niños
Unidad de Servicios de Nutrición

2. Family ID	F										
3. Date of Birth	Month			Day			Year				
4. County of Residence											
5. Expected Delivery Date:	Month			Day			Year				

Carta de acuerdo para participar en el programa de consejeras pares de lactancia materna

El programa WIC de consejeras pares de lactancia materna desea que usted tenga éxito amamantando a su bebé. Para ayudarlo a tener éxito, una consejera par de lactancia materna:

- Le contactará durante su embarazo y en los primeros días en que usted amamante a su bebé
- Estará disponible para ayudarla con el amamantamiento hasta que destete a su bebé
- Le referirá a expertos en lactancia materna o a proveedores de atención médica si es necesario
- Le ayudará a:
 - ✧ iniciar la lactancia materna en forma adecuada
 - ✧ tener suficiente leche para su bebé
 - ✧ aprender cómo amamantar a su bebé en cualquier parte
 - ✧ continuar la lactancia cuando regrese a su trabajo o a la escuela
 - ✧ lograr el apoyo de sus familiares y amigos
 - ✧ enfrentar las inquietudes sobre la lactancia materna

Sus responsabilidades con respecto a los servicios de las consejeras pares de lactancia materna son las siguientes:

- Informar a la consejer par acerca de sus necesidades durante el embarazo y luego del nacimiento de su bebé
- Informar a la consejera par de como y dónde desea que le contacten
- Informar a la consejer par sobre cualquier cambio en su dirección o su número telefónico

Tanto la consejera par de lactancia materna como la participante deben leer y firmar esta carta de acuerdo a fin de iniciar los servicios del programa de consejeras pares de lactancia materna.

Entiendo mis responsabilidades y deseo recibir los servicios del programa de consejera pares de lactancia materna.

Entiendo mis responsabilidades con respecto al programa de consejeras pares de lactancia materna, y trabajaré con la participante a fin de ayudarlo a recibir los servicios que necesita.

Firma de la participante

Firma de la consejera par de lactancia materna o personal autorizado

Fecha

Fecha

Número telefónico de la participante

Número telefónico de la consejera par de lactancia materna