
Historia del Donante & Declaración de Salud

Nombre: _____ Apellido(s): _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____
Fecha de nacimiento del bebé: _____ Edad gestacional del bebé al nacer: _____

¿Cómo supiste de MADMA?

En nombre de los bebés de nuestra comunidad, Madison Area Donor Milk Alliance Inc. está profundamente agradecida por su regalo generoso de leche. Agradecemos sus respuestas a las siguientes preguntas. Pueden ofrecer oportunidades de aclaración o discusión.

Toda la información producida en este formulario es estrictamente confidencial

SI NO

Muchas de las personas que reciben leche preguntan si pueden enviarle una nota de agradecimiento a quien realiza la donación. ¿Le gustaría que quienes recibieron la leche tuvieran acceso a su información de contacto?

¿Se siente cómoda entregándole directamente al destinatario la leche que se sacó con la bomba (ya sea que la recojan de su casa o dejándola en la casa del destinatario)?

¿Consume menos de 24 onzas (700 ml) de bebidas con cafeína por día? Un consumo mayor puede causar falta de sueño o irritabilidad en los bebés.

En el momento en que se sacó la leche, ¿fumaba cigarros, vapeaba (cigarrillos electrónicos) con alguna sustancia o masticaba tabaco? En caso afirmativo, explique.

En el momento en que se sacó la leche, ¿consumió alcohol, marihuana, cocaína, éxtasis, LSD u otras sustancias recreativas o sociales? En caso afirmativo, explique.

En el momento de sacarse la leche, ¿estaba tomando algún medicamento, como anticonceptivos hormonales, antidepresivos, ansiolíticos, antibióticos, antifúngicos, medicamentos para la tiroides, laxantes, medicamentos para la alergia, etc.? En caso afirmativo, proporcione los nombres, dosis y fechas de sus medicamentos.

¿Durante su embarazo o durante el periodo de lactancia, recibió la vacuna contra la viruela o la fiebre amarilla? En caso afirmativo, indique las fechas de vacunación.

SI NO

Durante la lactancia, ¿ha tenido alguna infección activa de tuberculosis? En caso afirmativo, proporcione más información sobre las fechas de la infección, el tratamiento y las pruebas de seguimiento.

En el momento de sacarse la leche, ¿usted o algún miembro de su hogar tenían VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, ébola o alguna otra enfermedad grave? En caso afirmativo, explique.

En los últimos 12 meses, ¿usted o una pareja sexual suya han estado en alto riesgo de contraer VIH/SIDA, Virus linfotróficos de células T humanas (HTLV, por sus siglas en inglés) o hepatitis (incluida cualquier persona con hemofilia, cualquier persona que haya usado una aguja para inyectarse drogas ilegales o medicamentos de venta libre en farmacia, o cualquier persona que tenga múltiples parejas sexuales)? En caso afirmativo, proporcione más información sobre sus prácticas de seguridad, incluyendo la frecuencia de las pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés).

En los últimos 12 meses, ¿usted o una pareja sexual suya han recibido un pinchazo con una aguja no estéril (incluida cualquier persona que se haya pinchado accidentalmente con una aguja contaminada, cualquier persona que se haya hecho un tatuaje o perforación por alguien que no sea profesional o que de otra manera se considere no profesional o se sospeche de usar equipo no esterilizado, o cualquier persona que haya recibido otros servicios con agujas no estériles)? En caso afirmativo, proporcione más información sobre las precauciones que tomó o siguió.

¿Tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la lactancia o de salud general que no se aborde aquí y sobre la que le gustaría informarnos o consultarla con nosotros?

¿Reconoce y comprende que una vez que le haya donado su leche a nuestra organización, no la recuperará ni se le garantiza que recibirá leche donada a nuestra organización si alguna vez la necesita en el futuro?

Con mi firma a continuación, confirmo que entiendo y estoy de acuerdo con todo lo siguiente:

Toda la información reportada en este formulario es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.

Compartir la leche materna humana conlleva riesgos inherentes y mantener prácticas óptimas de salud, incluida la manipulación y el almacenamiento seguros de la leche extraída, es de suma importancia. Estoy de acuerdo en notificar a MADMA en caso de que mi estado de salud cambie, o de que descubra exposición a sustancias, medicamentos y / o enfermedades que pueden hacer que mi leche sea inadecuada para una donación o que haya afectado la leche donada en el pasado. En caso de cambios en el estado de salud, acepto abstenerme de donar a menos que MMA lo autorice. He leído y entiendo completamente el documento de MADMA, "Pautas para el donante para el bombeo y manejo".

También he leído el documento de MADMA, "Exención y liberación del beneficiario".

Estoy de acuerdo en evitar el alcohol por lo menos 12 horas antes de extraer leche para la donación. Estoy de acuerdo en no consumir drogas ilegales ni tabaco ni nicotina durante el tiempo que estoy recogiendo leche para donar.

Por este medio, voluntariamente dono mi leche a Madison Area Donor Milk Alliance, Inc.

Firma:

Fecha:

OFFICE USE ONLY	Check one:	<input type="checkbox"/> One-time Donation	<input type="checkbox"/> On-going Donation	<input type="checkbox"/> Unsure
Lab results obtained/verified:				
Special donor circumstances or milk qualities:				
Other notes:				