

Información sobre enfermedades, medicamentos y viajes

Complete este formulario por **cada donación de leche**. Confiamos en la precisión de la información recibida para mantener la calidad y la seguridad de nuestro suministro de leche de donantes.

Nombre de la donante _____

Número de la donante _____

Fecha de hoy _____ **Fecha de la primera leche extraída** _____

Lugar de entrega de la leche (si corresponde) _____

Pienso seguir donando leche. **O** Esta es mi última donación de leche.

No hubo cambios relacionados con medicamentos, enfermedades o viajes desde mi control inicial o mi última donación de leche.

ES CORRECTO: ¡Listo! Eso es todo.

ES INCORRECTO: Infórmenos abajo.



Yo estuve enferma o un familiar estuvo enfermo. Fecha de la enfermedad _____.

Los síntomas incluyeron náuseas, vómitos o diarrea. Denos más información _____

_____.

Estoy tomando medicamentos nuevos. Tipo de medicamento o suplemento _____

Fecha de inicio _____ Fecha de fin _____

Viajé fuera de los Estados Unidos o Canadá.

Lugar _____ Fechas _____

¡Gracias! Nos comunicaremos si tenemos alguna pregunta.

El Aviso de prácticas de privacidad puede encontrarse en nuestro sitio web:

www.donatemilk.org/privacypractices.