



INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES, MEDICAMENTOS Y VIAJES

Importante: Por favor, complete este formulario por cada donación de leche. Confiamos en la precisión de la información proporcionada 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 leche (si corresponde) _____

- Esta es mi última donación de leche. No me dejen un mensaje de voz para confirmar la recepción de la donación.

Requerido: Estuve enferma durante el período en que se bombeó mi donación de leche

Otro miembro de la familia estaba enfermo

Fecha en que comenzó la enfermedad _____ Fecha en que terminó la enfermedad _____ ¿Tuvo fiebre? Sí No

Fechas en que tuvo fiebre _____

Descripción de los síntomas _____

Tomé medicamentos o suplementos

Tipo de medicamento(s) _____

Dosis _____ Fecha de inicio de la dosis _____ Fecha en que terminó la dosis _____

Viajé fuera de los Estados Unidos o Canadá desde mi análisis de sangre

Lugar _____ Fechas _____

Ninguna de las anteriores se aplica a esta donación de leche

Al firmar este formulario, reconozco que he proporcionado información precisa en toda mi capacidad:

Firma de la donante _____

En nombre de los hospitales y bebés que atendemos, gracias por su generosa donación.

Espacio inferior únicamente para uso oficial: