

MOTHER'S MILK ALLIANCE, Inc. Historia del Donante & Declaración de Salud

riqueza local para la salud local

Nombre: _____ Apellido(s): _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____ Edad gestacional del bebé al nacer: _____

¿Cómo supiste de MMA? _____

En nombre de los bebés de nuestra comunidad, Mothers' 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

1. Muchos beneficiarios de leche piden enviar una "gracias" al donante. ¿Se siente cómodo compartiendo su contacto información con los beneficiarios?

2. ¿Se siente cómodo compartiendo su leche extraída directamente con otra familia? Recogido de su casa o dejado en la casa del familia?

3. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene (o tenía al momento de sacar leche) VIH, hepatitis B, Hepatitis C, sífilis, enfermedad de Lyme o cualquier otra enfermedad grave? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

4. ¿Tiene ahora (o tenía al momento de sacar leche) alguna infección conocida o sospechada; como herpes activa, oral o genital; hongo de pecho; mastitis, llagas en la piel; culebrilla o cualquier otra infección? En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

5. ¿Consume más de 24 oz de bebidas con cafeína por día?

6. Al tiempo de sacar leche o ahora, has fumado cigarrillos o masticado tabaco?

7. ¿Usa o usaste en el momento de sacar leche, alcohol, marihuana, cocaína, éxtasis, LSD o otros sustancias recreativas o sociales?

8. ¿Es usted ahora o estaba en el momento de sacar leche suplementos nutricionales o hierbas, como vitaminas prenatales, hierro, vitamina D, aceite de pescado, té de hierbas, fenogreco, etc? Si la respuesta es si, indique nombres y dosis de suplementos y hierbas que estabas tomando:

9. ¿Está ahora o estaba en el momento de sacar leche tomando algún medicamento, como la anticoncepción hormonal, una antidepresivo, medicamentos contra la ansiedad, antibióticos, anti-hongos, medicamentos para la tiroides, laxantes, medicina para las alergias, etc? Si la respuesta es si, indique nombres y dosis y las fechas de sus medicamentos:

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. En los últimos 12 meses, ha tenido alguna vacuna, inoculación o inyecciones? Si la respuesta es sí, explíquelo por favor: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. En los últimos 12 meses, ha tenido una pareja sexual con alto riesgo de contraer VIH/SIDA, HTLV o hepatitis (incluyendo cualquier persona con hemofilia, cualquiera que haya usado una aguja para la inyección de drogas ilegales o medicamentos sin receta, o cualquier persona que tenga varios parejas sexuales)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. En los últimos 12 meses, ha tenido una pareja sexual que ha tenido tatuajes y maquillaje permanente suplicado con agujas, se han perforado agujas, orejas o otras partes del cuerpo, o se han atascado accidentalmente con una aguja contaminada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. En los últimos 12 meses, ha recibido una transfusión de sangre, productos de sangre, un órgano o tejido transplante, perforación de parte o cuerpo, tatuajes, maquillaje permanente aplicado con agujas, o una pega accidental con una aguja contaminada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Alguna vez te has hecho una prueba de tuberculosis que salga positiva? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Alguna vez ha tenido acupuntura o electrólisis con agujas no estériles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Alguna vez te has inyectado drogas o has tenido una relación íntima con alguien que se ha inyectado drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 Mothers 'Milk Alliance 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 MMA, "Pautas para el donante para el bombeo y manejo". También he leído el documento de MMA, "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 Mothers 'Milk Alliance, Inc.

Firma

Fecha

For Office Use Check one: One-time Donation _____ On-going Donation _____ Unsure _____

Lab results obtained/verified: _____

Special donor circumstances or milk qualities: _____

Other notes: _____
