## **WNY LATCH LAB**

## Sección A – Datos Demográficos

Raza / Etnicidad (marque todas las que correspondan):
□ Negra o Afroamericana □ Blanca □ Hispana / Latine □ Asiática
☐ Indígena Estadounidense / Nativa de Alaska ☐ Medio Oriente / Norte de África ☐ Otra:
Idioma principal:
¿Necesita intérprete?   Si respondié "Si" conscitique el idioma:
Si respondió "Sí", especifique el idioma:
Si desea que WNY Latch Lab comparta información con sus proveedores de salud, por favor
indíquelos a continuación y firme el consentimiento en la Sección 7.
Proveedor de obstetricia (OB):
Pediatra:
Sección 1 – Información del Padre/Madre o Tutor
Nombre: Fecha de nacimiento:
Dirección: Código postal: Correo electrónico: Correo electrónico:
Compañía de seguros: N.º de póliza:
Cirugía o procedimientos en el pecho/senos: $\square$ Sí $\square$ No $\rightarrow$ Detalles:
Madia manta a sunla manta a satural sa
Medicamentos o suplementos actuales:
Sección 2 – Información del/de la Lactante
Nombre completo del/de la bebé:
Fecha de nacimiento: Edad gestacional al nacer: semanas
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro / Prefiere no decir
Peso al nacer: (lb/oz)
Peso a las 2 semanas: (lb/oz) Fecha:

Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ Cesárea ☐ VBAC (parto vaginal después de cesárea)  Centro / Hospital de nacimiento:  Estancia en la UCIN: ☐ Sí ☐ No
Suplementación con vitamina D: □ Sí □ No Frenillo lingual o labial: □ Sí □ No → Si fue liberado, fecha:
Sección 3 – Información sobre la Alimentación
<ul> <li>(Marque todas las que correspondan y complete los espacios)</li> <li>□ Lactancia directa al pecho □ Extracción y alimentación con biberón</li> <li>□ Fórmula □ Alimentación combinada</li> <li>□ Sistema de lactancia suplementario □ Alimentación con vaso o jeringa</li> <li>□ Extracción exclusiva</li> </ul>
Veces que amamantó en las últimas 24 horas: Duración promedio por toma (minutos): ¿El bebé queda satisfecho/duerme entre tomas? □ Sí □ No
Biberones en las últimas 24 h: Intervalo más largo de día (horas): Intervalo nocturno (horas): Pañales mojados (24 h): Pañales sucios (24 h):   Tipo/marca do extractor:
Tipo/marca de extractor: oz Tamaño de embudo: mm Molestia al extraer:
Sección 4 – Embarazo, Parto y Experiencia Hospitalaria
☐ Epidural ☐ Inducción ☐ Pérdida excesiva de sangre (>500 mL) ☐ Infección durante el
parto ☐ Separación después del nacimiento ☐ El bebé requirió fototerapia ☐ Inicio de lactancia dentro de la primera hora de vida
Sección 5 – Dispositivos o Ayudas para Amamantar
<ul> <li>□ Pezonera</li> <li>□ Concha para el pecho</li> <li>□ Sistema de lactancia suplementario</li> <li>□ Alimentación con vaso</li> <li>□ Alimentación con jeringa</li> <li>□ Extractor</li> <li>□ Haakaa</li> <li>□ Extracción manual</li> <li>□ Otro:</li> </ul>

Sección 6 – Salud Materna y Factores de Lactancia
<ul> <li>□ Trastorno tiroideo</li> <li>□ SOP (síndrome de ovario poliquístico)</li> <li>□ Diabetes</li> <li>□ Anemia</li> <li>□ Historial de baja producción</li> <li>□ Cirugía mamaria</li> <li>□ Dolor / congestión</li> <li>□ Lesiones en el pezón</li> <li>□ Depresión / ansiedad</li> <li>□ Medicamentos actuales</li> <li>□ Otro:</li> </ul>
Sección 7 – Consentimiento para la Atención de Lactancia
Entiendo que las consultoras de lactancia de <b>WNY Latch Lab</b> brindan evaluación, educación y apoyo en lactancia basados en evidencia.  Doy mi consentimiento para un examen de los senos/pecho, observación de la alimentación y evaluación oral de mi bebé como parte del proceso de atención.
Entiendo que las <b>consultoras IBCLC no diagnostican ni prescriben medicamentos</b> . Acepto contactar a mi proveedor de salud para cualquier inquietud médica.
Autorizo a <b>WNY Latch Lab</b> a comunicarse con mis proveedores de salud según sea necesario para una atención coordinada. Si indiqué mi proveedor de obstetricia y/o pediatra en la Sección A, doy mi consentimiento para compartir información relevante sobre la lactancia con ellos.
Doy mi consentimiento para recibir seguimiento por mensaje de texto, llamada o correo electrónico, y entiendo que pueden usarse visitas por telemedicina cuando sea apropiado.
Sección 8 – Firmas
Nombre del padre/madre o tutor: Firma: Fecha:
Nombre de la consultora: Fecha:

**Teléfono / Texto:** 585-888-1063

Correo electrónico: wnylatchlab@gmail.com

Facebook: @WNYLatchLab