

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? ☐ Sí ☐ No

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:** _____

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Compañía de seguros: _____ **N.º de póliza:** _____

Cirugía o procedimientos en el pecho/senos: ☐ Sí ☐ No → Detalles:

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:** _____

Peso actual: _____ (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

(Marque todas las que correspondan y complete los espacios)

- ☐ Lactancia directa al pecho ☐ Extracción y alimentación con biberón
☐ Fórmula ☐ Alimentación combinada
☐ Sistema de lactancia suplementario ☐ Alimentación con vaso o jeringa
☐ Extracción exclusiva

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 de extractor: _____

Producción por sesión: ____ 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

- ☐ Pezonera ☐ Concha para el pecho ☐ Sistema de lactancia suplementario
☐ Alimentación con vaso ☐ Alimentación con jeringa ☐ Extractor ☐ Haakaa ☐ Extracción manual ☐ Otro: _____

Sección 6 – Salud Materna y Factores de Lactancia

- ☐ Trastorno tiroideo ☐ SOP (síndrome de ovario poliquístico) ☐ Diabetes ☐ Anemia
☐ Historial de baja producción ☐ Cirugía mamaria ☐ Asimetría mamaria
☐ Dolor / congestión ☐ Lesiones en el pezón ☐ Depresión / ansiedad
☐ Medicamentos actuales ☐ Otro: _____
-

Sección 7 – Consentimiento para la Atención de Lactancia

Entiendo que las consultoras de lactancia de **WNY Latch Lab** 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 **consultoras IBCLC no diagnostican ni prescriben medicamentos**. Acepto contactar a mi proveedor de salud para cualquier inquietud médica.

Autorizo a **WNY Latch Lab** 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: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Teléfono / Texto: 585-888-1063



Correo electrónico: wnylatchlab@gmail.com



Facebook: @WNYLatchLab