

# 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 indíquelo 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