



Consentimiento para los servicios de Nourishing Newborns:

Acuerdo de consentimiento para ser LEÍDO, INICIADO Y FIRMAR antes de la visita para lactancia (Dra. Ali Hunt) o vínculo afectivo/educación para padres/masaje infantil/doula posparto (Jaye Bruce, CPD o firmado electrónicamente en la aplicación Milk Notes):

Actualmente, lo que más me interesa (marque todas las opciones que correspondan):

- Comidas
- Lactancia materna/amamantarlo a mi niño
- Vínculo afectivo/apego

Consentimiento de Meal Train® (www.mealtrain.com):

Yo, _____ la receptora de las comidas de Meal Train®, autorizo a Nourishing Newborns a crear un Meal Train® en línea a través del sitio web de Meal Train® en mi nombre.

_____ Reconozco que la información personal que proporciono con respecto a mi dirección física, preferencias de comidas, dirección de correo electrónico (SOLO para el receptor y los miembros invitados), fechas preferidas, número de personas a las que se proporcionarán comidas, motivo del evento, comentarios personales y número de teléfono (si se proporciona) se pondrá a disposición de quienes estén invitados para participar en el Meal Train específico.

_____ Quiero que Nourishing Newborns agregue su lista de voluntarios a mi Meal Train® (esto significa que la información personal que proporcione para el Meal Train será visible para ellos).

_____ Mantener mi Meal Train® privado; agregaré mis propios voluntarios de comidas.

Bajo ninguna circunstancia Nourishing Newborns, sus voluntarios, subsidiarias, afiliados, funcionarios, directores, empleados, consultores, agentes, sucesores y cesionarios o sus representantes serán responsables por cualquier pérdida o daño, enfermedad o causado por los servicios de Meal Train® (consulte el sitio web de Meal Train® para obtener más detalles).

Consentimiento de Doula de posparto, lactancia materna y medicina de lactancia:

_____ Entiendo que el consultor de lactancia es un médico y que la doula de posparto es un proveedor de atención médica aliado. Son responsables de evaluar y recomendar un plan de atención para resolver o mejorar los problemas de lactancia materna o de vínculo/apego. Una visita de lactancia incluye una historia



detallada de la madre y el bebé o de los padres, el cuidador y el bebé, una evaluación de la anatomía de la madre y el bebé, la observación de la alimentación para evaluar la técnica y la eficacia de la alimentación y recomendaciones para mejorar o resolver los problemas relacionados con la lactancia. Una visita de doula posparto o una visita de vinculación/apego/educación para padres/masaje infantil incluye una historia detallada como la mencionada anteriormente y cualquier recomendación relevante para apoyar la vinculación y el bienestar posparto de toda la familia. A todas las clientas se les proporciona un plan de atención escrito o verbal para mejorar las inquietudes sobre la lactancia. La clienta, la consultora de lactancia y la doula posparto tienen responsabilidades en este plan. La resolución de un problema de lactancia o de vinculación suele llevar varios días o semanas y puede requerir un cambio en el plan de atención recomendado originalmente en algún momento.

_____ Entiendo que soy responsable de informar a la consultora de lactancia o a la doula posparto sobre los cambios que considero necesarios en el plan de atención en el momento de la visita o durante el transcurso de la comunicación de seguimiento. El contacto telefónico después de la visita de lactancia y/o vinculación/doula posparto es importante y se considera una extensión de la visita. Entiendo que es mi responsabilidad llamar a la consultora de lactancia y/o a la doula posparto para informar sobre el progreso, hacer preguntas o tener inquietudes.

_____ Entiendo que cualquier instrucción o recomendación brindada puede ser discutida con uno o ambos de nuestros proveedores de atención médica si se lo solicita (pediatra, obstetra-ginecólogo, médico de familia o proveedor de atención médica habitual).

_____ Entiendo que a veces es necesaria una visita parcial o de seguimiento. Entiendo que se pueden recomendar suministros para la lactancia o extractores de leche como un manejo eficaz de situaciones específicas. Solo se recomendará un equipo eficaz.

_____ Autorizo a la consultora de lactancia o a la doula posparto a divulgar cualquier información adquirida en la evaluación y/o el manejo de mí y/o de mi hijo a nuestros proveedores de atención médica, al médico que me deriva, al consejero de lactancia laico que me deriva y/o a nuestra compañía de seguros si se lo solicita. Entiendo que la consultora de lactancia puede comunicarse con mi médico o el médico de mi hijo si considera que es necesario consultar con el médico.



_____ He recibido una copia de las Prácticas de privacidad HIPAA de la consultora de lactancia y la doula posparto.

_____ Entiendo que esta práctica ofrece servicios gratuitos o basados en donaciones. Esta práctica actualmente no factura reembolsos de seguros y no es un proveedor de ningún plan de seguro. El reembolso de análisis de laboratorio, suministros, extractores de leche o recetas no está garantizado, pero dependerá de su póliza de seguro. Se sugiere presentar un reclamo incluso si considera que no será un beneficio cubierto por su póliza.

Firma_____ Fecha_____

O firmado electrónicamente en Milk Notes.