

Breast Pump Questionnaire

Name: _____

Date: _____

- Do you have a pump? ___ Yes ___ No
If yes, what kind? _____

Please tell us more about your need for a breast pump.

1. I need a pump:

- To use a few times a week. I am with my baby most of the time.
 I am returning to work or school on _____ (date).
 I am having breastfeeding problems or can't nurse my baby.
The problem I am having is _____
 Other: _____

2. How long do you plan to breastfeed? _____

3. When you are away from your baby, what do you plan to feed the baby?

- Breast milk only
 Formula only
 Both breast milk and formula

4. If you are returning to work or school, answer these questions:

- a. How old will your baby be when you return to work/school? _____
b. How many days a week will you be working/attending school? _____
c. How many hours will you be away from your baby each day? _____

5. Will your work/school schedule allow for breaks every 3-4 hours? Yes No Unsure
If yes, how long will your breaks be? _____

6. Will you have a private place with electricity to pump? Yes No Unsure

7. Does your family want you to continue to breastfeed? Yes No Unsure

8. Is your employer/school supportive of breastfeeding? Yes No Unsure

9. Is your childcare provider supportive of breastfeeding? Yes No Unsure

Staff Use Only

Recommendation for type of pump needed, if any.

___ **Manual** Reason: _____
___ **Loaned electric** _____
___ **Single-user electric** _____
___ **Symphony** _____

Staff signature: _____

Cuestionario del Equipo Para Extraer Leche Materna

Nombre: _____ Fecha: _____

- ¿Tiene Ud. este equipo? Si ___ No ___

Por favor díganos más con respecto a su necesidad de obtener un equipo para extraer leche materna.

1. Necesito el equipo para:

- Usarlo algunas veces por semana. Estoy con mi bebé casi todo el tiempo.
- Voy a regresar a la escuela o al trabajo.
- Estoy teniendo dificultades dándole pecho, o simplemente no puedo alimentar a mi bebé.
EL problema que estoy teniendo es el siguiente: _____
- Otro: _____

2. ¿Por cuanto tiempo planea darle pecho a su bebé? _____

3. Cuando usted no está cerca de su bebé ¿con que planea alimentarlo?

- Únicamente con leche materna
- Únicamente con fórmula
- Con leche materna y con fórmula

4. Si usted está regresando al trabajo o a la escuela, responda la siguientes preguntas:

- a. ¿Que edad tendrá su bebé cuando Ud. regrese al trabajo o a la escuela? _____
- b. ¿Cuántos días a la semana estará Ud. trabajando o atendiendo a la escuela? _____
- c. ¿Cuántas horas al día pasara Ud. lejos de su bebé cada día? _____

5. ¿Su horario de trabajo o escuela le permitirá descansos cada 3 ó 4 horas?

Si No No estoy segura

En caso de que si, ¿de cuanto tiempo serán estos descansos? Si No No estoy segura

6. ¿Tendrá acceso a un lugar privado donde extraer leche? Si No No estoy segura

7. ¿Su familia quiere que Ud. siga dándole pecho al bebé? Si No No estoy segura

8. ¿Su trabajo o escuela apoya la alimentación con leche materna? Si No No estoy segura

9. ¿El proveedor de los cuidados de la salud de su bebé apoya la alimentación con leche materna?
Si No No estoy segura

Staff Use Only

Recommendation for type of pump needed, if any.

___ **Manual** Reason: _____
___ **Loaned electric** _____
___ **Single-user electric** _____
___ **Symphony** _____

Staff signature: _____