

# Breastfeeding Support for Mothers in San Joaquin County

## *Apoyo con Lactancia para las Madres del Condado de San Joaquín*

Mother's Name/*Nombre de Mamá*: \_\_\_\_\_

Mother's Date of Birth/*Fecha de Nacimiento de Mamá*: \_\_\_\_\_

WIC Family ID/*Número de Familia de WIC*: \_\_\_\_\_

Mother's Cell Phone/*Número Celular de Mamá*: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Other Phone/*Otro Número* : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

I give permission for \_\_\_\_\_  
Hospital to fax this form to WIC so that I can receive breastfeeding help  
after I leave the hospital.

*Otorgo permiso al Hospital* \_\_\_\_\_  
*de enviar este documento por fax a WIC para yo poder recibir el apoyo  
con lactancia materna cuando salga del hospital.*

\_\_\_\_\_  
Mother's Signature/*Firma de la Madre*

\_\_\_\_\_  
Date/*Fecha*



Please fax this form to the WIC agency checked below:  
*Por favor envíe este documento por fax a la agencia de WIC señalada:*

- Community Medical Centers** (209) 870-5020
- Delta Health Care** (209) 478-1296
- S.J. County Public Health Services** (209) 468-8573



Updated **February 2023** - Permission to Copy