

Plan de alimentación del bebé

Como responsables de cuidar a su hijo, una de las partes más importantes de nuestro trabajo es alimentarlo. La información siguiente nos ayudará a hacer todo lo posible para contribuir a que su hijo crezca lleno de salud. **Rellene este formulario para todos los niños menores de 15 meses.**

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

m m / d d / a a a a

Nombre de la madre/padre/tutor:

¿Recibió una copia de nuestra *Guía para alimentación de los bebés*?

Sí

No

Si está dando el pecho, ¿recibió una copia de

“*La lactancia: Haz que funcione*” y de

Sí

No

“*Las guarderías y la lactancia: Consejos para las madres*”?

Sí

No

A COMPLETAR POR LOS PADRES

En casa, el bebé toma (marcar todo lo que corresponda):

- Leche materna de (rodear con un círculo)
la madre un biberón una taza otro
- Fórmula de (rodear con un círculo)
un biberón una taza otro
- Leche de vaca de (rodear con un círculo)
un biberón una taza otro
- Otro: _____ de (rodear con un círculo)
un biberón una taza otro

¿Cómo te muestra el bebé que tiene hambre?

¿Con qué frecuencia suele comer el niño?

¿Cuánta leche/fórmula bebe el niño en una toma?

¿Ya empezó a comer alimentos sólidos?

Si es así, ¿cuáles?

¿Con qué frecuencia come alimentos sólidos y qué cantidad?

A COMPLETAR POR EL MAESTRO

Aclaraciones/Más detalles:

En casa, ¿le dan de comer al bebé cuando se dan cuenta de que tiene hambre, en vez de a horas fijas?

Sí No

Si la respuesta es NO,

- Confirmé que los padres tienen una copia de “*Guía para la alimentación de los bebés*” o “*La lactancia: Haz que funcione*”.
- Les mostré a los padres la sección sobre cómo interpretar los signos del bebé.

¿Come el bebé alimentos sólidos? Sí No

¿Tiene menos de 6 meses? Sí No

Si la respuesta a las dos preguntas es SÍ,

- Pregunté: ¿Le recomendó el médico del niño que empezara a comer alimentos sólidos antes de los 6 meses?

Sí No

Si la respuesta es NO,

- Les aconsejé que empiecen a darle alimentos sólidos a los seis meses.

Folletos entregados a los padres:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
 m m / d d / a a a a

Díganos cómo quiere que le demos de comer a su bebé en nuestro centro.

Quiero que le den a mi hijo las siguientes comidas mientras lo estén cuidando:

	Con qué frecuencia	Cantidad aproximada en cada toma	¿Traerá la comida de casa? (debe llevar el nombre y la fecha)	Detalles sobre las tomas
Leche materna				
Fórmula				
Leche de vaca				
Cereal				
Comida para bebé				
Comida normal				
Otra (describir)				

Quiero venir al centro a darle el pecho al bebé a esta(s) hora(s) aproximada(s):

En general, recogeré a mi hijo a las:

Si el bebé llora o parece tener hambre un poco antes de que yo llegue, quiero que hagan lo siguiente (elijan todas las opciones que quiera):

___ sostengan al bebé ___ usen el juguete para la dentición que les entregué ___ usen el chupón que les entregué
 ___ mezan al bebé ___ denle el biberón con mi leche ___ otra Explicar: _____

Quiero que hagan lo siguiente _____ minutos antes de mi hora de llegada.

Quiero que hagan lo siguiente al final del día (elijan una):

___ Entregarme toda la leche congelada y descongelada. ___ Desechar toda la leche congelada y descongelada.

Hemos hablado del plan anterior, hicimos los cambios necesarios y se aclararon las dudas.

Fecha de hoy: _____

Firma de la maestra: _____ Firma de la madre _____

Cualquier cambio deberá explicarse a continuación con las iniciales de la maestra y de la madre.

Fecha	Cambio en el plan de alimentación (anotar a medida que cambien los hábitos de alimentación del bebé)	Iniciales de la madre	Iniciales de la maestra



©2016 Carolina Global Breastfeeding Institute
<http://breastfeeding.unc.edu/>

Con la colaboración de:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de NC
 Centro de Recursos de Salud y Seguridad en las Guarderías de NC
 NC Infant Toddler Enhancement Project
 Shape NC: Healthy Starts for Young Children
 Servicios Humanos de Wake County y Wake County Smart Start