

Muestra del Plan para la Alimentación de Niños



Alimentar a su bebé adecuadamente es una de las responsabilidades más importantes para quienes estamos al cuidado de sus hijos. La información que usted nos comparta nos ayudará para hacer todo lo posible para continuar hábitos saludables en la alimentación de su bebé para su crecimiento y madurez.

Este plan debe ser detallado para todos los niños menores de 18 meses de edad.

Nombre de bebé: _____

Fecha de nacimiento: _____
m m / d d / a a a a

Nombre del padre/madre/guardián: _____

COMPLETADO POR LOS PADRES

¿Recibió una copia de nuestra póliza de lactancia? Si No

En mi casa, ¿cómo toma la leche su bebé? (marque todas las respuestas apropiadas):

La leche materna la toma: Seno materno En biberón En vaso Otra forma _____

Explicaciones /Detalles adicionales:

La leche de fórmula la toma: En biberón En vaso Otra forma _____

Leche de vaca: En biberón En vaso Otra forma _____

Otro líquido: _____ En biberón En vaso Otra forma _____

¿Cómo muestra su bebé cuando tiene hambre?

¿Qué tan seguido come su bebé?

¿Cuál es la frecuencia y la cantidad de leche/formula que toma su bebé normalmente cada vez que come?

¿Ha empezado su bebé a comer alimentos sólidos? ¿Qué comidas está comiendo?

¿Cuál es la frecuencia y cantidad que su bebé está comiendo alimentos sólidos, y en qué cantidad?



Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____
m m / d d / a a a a

Cuéntenos acerca de la alimentación de su bebé en nuestro sitio

Quiero que mi hijo/ a sea alimentado con los siguientes alimentos mientras este bajo su cuidado:

	Frecuencia de alimentación	Cantidad aproximada por alimentación	¿Lo traerá de casa? (Debe tener etiqueta y fecha)	Instrucciones sobre la alimentación
Leche materna				
Leche de formula				
Leche de vaca				
Cereal				
Comida de bebé				
Solidos				
Otro (describa)				

Pienso regresar a este sitio para darle pecho a mí bebe a estas horas: _____

La hora que vengo por mi niño normalmente es: _____

Si mi bebe está llorando o parece hambriento poco antes de mi hora de llegada habitual, quisiera que el personal hiciera lo siguiente: (puede marcar más de uno)

Sostener al bebé usar el juguete para comezón en los dientes usar el chupón que le di
 Mecer mi bebé dar una de las botellas con mi leche materna Especifique otra estrategia/actividad: _____

Quisiera que tomara esta acción _____ minutos antes de mi hora de llegada, si está llorando o parece hambriento

Hemos repasado el plan juntos y hemos hecho los cambios o aclaraciones necesarios.

Fecha de hoy: _____

Firma de proveedora: _____ Firma del padre/madre: _____

Fecha	Cambios hechos en el plan de alimentación (deben ser documentados cada vez que hay cambio)	Iniciales de mamá/papá	Iniciales de proveedora

*** Cualquier cambio debe ser escrito arriba y agregue las iniciales de la proveedora, mamá/papá**

