

# Plan de alimentación para bebés

Se mantendrá un plan escrito en los archivos y disponible para el cuidador de cualquier niño menor de 12 meses de edad y debe actualizarse a medida que cambie la alimentación.

<b>Nombre del bebé:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>

<b>Fórmula:</b>	<b>Lactancia/leche materna</b>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Su niño recibe leche de fórmula <sup>1</sup> ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Se preparará (mezclará) la fórmula en casa? Si el cuidador va a preparar la fórmula, indique: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿El cuidador preparará la fórmula? ¿Hay instrucciones especiales? _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Su hijo está siendo amamantado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Le daré el pecho a mi hijo en la guardería a estas horas: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Proporcionaré leche materna <sup>1</sup> . Si la leche materna no está disponible para la alimentación, la guardería debe: _____

<b>Alimentación:</b>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Su hijo toma biberón? (Nota: los biberones deben etiquetarse con el nombre del niño y la fecha actual). <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Se calienta el biberón? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Su niño sostiene el biberón en la mano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Puede el niño alimentarse solo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Hay instrucciones especiales para alimentar a su hijo con biberón? Si la respuesta es "sí", explique: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Utiliza su hijo/a una taza dispensadora? (Nota: las tazas dispensadoras deben estar etiquetadas con el nombre del niño). <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene su hijo/a algún problema con la alimentación, como atragantarse o escupir la comida? Si la respuesta es "sí", explique: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Hay instrucciones especiales sobre la alimentación de su niño? Si la respuesta es "sí", explique: _____

<b>Programa de alimentos y alimentación:</b>
_____

<b>Líquidos</b> (fórmula, leche materna)	<input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> En introducción <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Lactancia materna <input type="checkbox"/> con biberón <input type="checkbox"/> por el pecho <input type="checkbox"/> Alimentación con biberón <input type="checkbox"/> dada por el cuidador <input type="checkbox"/> con ayuda <input type="checkbox"/> de forma independiente <input type="checkbox"/> Alimentación en tazas <input type="checkbox"/> dada por el cuidador <input type="checkbox"/> de forma independiente <input type="checkbox"/> con ayuda <input type="checkbox"/> forma independiente	Cantidades:
<b>Alimentos semisólidos</b> (cereales para bebés, frutas y/o verduras coladas)	<input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> En introducción <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Alimentación con cuchara <input type="checkbox"/> dada por el cuidador <input type="checkbox"/> con ayuda <input type="checkbox"/> independientemente	Tipos de comida:  Cantidades:
<b>Alimentos comunes modificados</b> (frutas y/o verduras trituradas, blandas y cortadas en cubitos, carne suave o pollo, trozos de pan blando)	<input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> En introducción <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Alimentación con cuchara <input type="checkbox"/> dada por el cuidador <input type="checkbox"/> con ayuda <input type="checkbox"/> independientemente	Tipos de comida:  Cantidades:
<b>Alimentos en trocitos</b> (pequeñas piezas de alimentos comunes blandos/cocidos, comida picada)	<input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> En introducción <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Alimentación con cuchara <input type="checkbox"/> dada por el cuidador <input type="checkbox"/> con ayuda <input type="checkbox"/> independientemente	Tipos de comida:  Cantidades:
<b>Otro:</b>			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Su hijo usa chupón? Nota: No se permiten chupones con correas u otros tipos de dispositivos de fijación. Los chupones deben retirarse cuando el niño gatea o camina.			
<b>Información adicional:</b>			
<b>Proporcionaré inmediatamente cualquier actualización del plan de alimentación de mi hijo según sea necesario.</b>	<b>FIRMA DEL PADRE/MADRE</b>		<b>FECHA:</b>

<sup>1</sup> La leche materna debe mezclarse suavemente, pero no agitarse. La leche materna refrigerada debe utilizarse en un plazo de 24 horas. La leche de fórmula o leche materna que se sirva, pero que no se consuma completamente <sup>2</sup> o sea refrigerada, debe desecharse. No se debe calentar leche, fórmula o leche materna en un horno de microondas.