

# EJEMPLO PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL PLAN DE ALIMENTACIÓN

El centro de cuidado infantil *ABC Child Care Center* se esfuerza por adaptarse a las necesidades de cada niño y comprende que cada bebé tiene un patrón diferente de alimentación. En la mayoría de los casos, creemos que la alimentación “en el momento justo” es la forma más saludable de comer. En otras palabras, alimentaremos a su bebé cuando muestre signos de tener hambre y dejaremos de alimentarlo cuando muestre signos de estar lleno.

La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda esperar hasta los 6 meses de edad antes de comenzar con los alimentos sólidos. Solo alimentamos con biberón a los bebés menores de 6 meses con leche materna o fórmula (sin agua ni jugo a menos que lo solicite un médico). Los bebés mayores de 6 meses reciben alimentos sólidos apropiados para su edad con cuchara y agua, además de leche materna o fórmula, cuando pueden beber de una taza.

Se requiere que los padres proporcionen botellas limpias y etiquetadas diariamente. Las etiquetas deben ser resistentes al agua e incluir el nombre del bebé y la fecha y hora de preparación. Queremos su opinión y preferencias sobre la forma en que se alimenta a su bebé. Responda a las preguntas en el reverso del papel para que podamos trabajar juntos para brindarle a su hijo la mejor y más segura nutrición.

**Este plan de alimentación infantil fue creado para:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de maestra/o:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de padre/madre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de creación del plan de alimentación:** \_\_\_\_\_



for more information and resources  
visit

**breastfeedingnm.org**

This information has been adapted from the Louisiana Breastfeeding Coalition's Supporting Breastfeeding in Child Care Centers Program. Sourced from CDC. This project is a collaboration between the New Mexico Breastfeeding Task Force and NMWIC. Version 12/21.

# EJEMPLO PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL PLAN DE ALIMENTACIÓN

PARA (Nombre del bebé) \_\_\_\_\_

1. ¿Qué toma tu bebé la mayoría del tiempo? \_\_\_\_\_

2. ¿Le das algún otro tipo de líquido como suplemento? ¿Que tipo? SÍ NO - En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Su bebé come algún tipo de alimento sólido? ¿Que tipo? SÍ NO - En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Por favor cuéntanos sobre el patrón habitual de alimentación de su bebé. ¿Cantidad? ¿Frecuencia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Habrán momentos que planea amamantar a su bebé en el centro? Describe su plan, e intentaremos coordinar su alimentación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Si su bebé recibe leche materna extraída, ¿que desea que hagamos si nos quedamos sin leche bombeada?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Conoce de alguna alergia o sensibilidad alimentaria de su bebé?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ¿Tiene su bebé algún problema con la alimentación como atragantarse o reflujo? SÍ NO - En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Hay alguna otra información que debamos saber acerca de los hábitos de alimentación de su bebé?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Le gustaría que le demos a su bebé un biberón completo antes de recogerlo? SÍ NO - En caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_