

## PLAN DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

Nombre completo del niño \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Toma biberón el niño? Sí [ ] No [ ]

¿Se calienta el biberón? Sí [ ] No [ ]

¿Sostiene el niño su propio biberón? Sí [ ] No [ ]

¿Puede el niño alimentarse a sí mismo? Sí [ ] No [ ]

¿Come el niño lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

Alimentos colados [ ] Leche entera [ ]

Comida para bebé [ ] Alimentos comunes [ ]

Leche de fórmula [ ] Otros [ ]

Leche materna [ ]

¿Qué tipo de leche de fórmula usa? \_\_\_\_\_

¿Cantidad de leche de fórmula/materna que debe administrarse? \_\_\_\_\_

Cantidades actualizadas de leche de fórmula/materna: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Usa chupete el niño? Sí [ ] No [ ] En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Comida que le gusta: \_\_\_\_\_

Que no le gusta: \_\_\_\_\_

¿Alergias? (Incluya cualquier leche maternizada premezclada) \_\_\_\_\_

LECHE MATERNIZADA/MATERNA			COMIDA		
HORA	CANTIDAD	TIPO	HORA	CANTIDAD	TIPO

Instrucciones para la introducción de alimentos sólidos \_\_\_\_\_

Indique, según sea necesario, cualquier instrucción actualizada con respecto a la adición de alimentos nuevos u otros cambios en la dieta. \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_