

Sample Infant Feeding Plan



The information you provide below will help us to do our very best to respect your feeding practices and help your baby grow and thrive.

This form must be filled out for all children under 18 months old.

Child's name: _____

Birthday: _____
mm / dd / yyyy

Parent/Guardian's name(s): _____

TO BE COMPLETED BY PARENT

Did you receive a copy of our Breastfeeding-Friendly Policy? Yes No

At home my baby drinks (Check all that apply):

Breast milk from: ☐ Mother ☐ Bottle ☐ Cup ☐ Other _____

Formula from: ☐ Bottle ☐ Cup ☐ Other _____

Cow's milk from: ☐ Bottle ☐ Cup ☐ Other _____

Additional details:

How does your child show you that s/he is hungry?

How often does your child usually feed?

How much does your child usually drink at each feeding (ounces)?

Has your child started eating solid foods? Yes No
If yes, what foods is s/he eating:

How often is your child eating solid foods? How much?



Child's name: _____

Birthday: _____
m m / d d / y y y y

I want my child to be fed the following foods while in your care:

	Frequency of	Approximate amount per	Will you bring from home? (must be labeled)	Details about feeding
Mother's Milk				
Formula				
Cow's milk				
Cereal				
Baby Food				
Table Food				
Other (descri				

I plan to come to nurse my baby at the following time(s): _____

My usual pick-up time will be: _____

If my baby is crying or seems hungry shortly before my usual arrival time, I would like staff to do the following:
You may choose more than one.

☐ hold my baby ☐ use the teething toy I provide ☐ use the pacifier I provide
☐ rock my baby ☐ give a bottle of my expressed milk other Specify: _____

I would like you to take this action _____ minutes before my arrival time.

We have discussed the above plan, and made any needed changes or clarifications.

Today's date: _____

Teacher Signature: _____ Parent Signature _____

Date	Change to Feeding Plan (must be recorded as feeding habits change)	Parent Initials	Teacher Initials

*** Any changes must be noted above and initialed by both the teacher and the parent.**



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: _____

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

COMPLETADO POR LOS PADRES

En mi casa, mi bebé toma la leche:

(marque todas las respuestas apropiadas):

○ La leche materna la toma:

☐ Seno materno ☐ En biberón ☐ En vaso ☐ Otra forma

○ 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

COMPLETADO POR LA PROVEEDORA

Explicaciones /Detalles adicionales

En su hogar, ¿alimentan al bebé cuando muestra señas de tener hambre?

Si No

alimentos sólidos, y en qué cantidad?

¿Está el bebé comiendo alimentos sólidos? Si No

¿Es el bebé menor de seis meses? Si No

Al responder que Sí a las dos preguntas:

○ Yo pregunté: ¿Le recomendó su pediatra empezar a dar alimentos sólidos a su bebé antes de cumplir seis meses?

Si No

Folletos/Recursos compartidos con los padres relacionados con la lactancia materna y/o la alimentación infantil:

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____
mm / dd / aaaa

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				
Sólidos				
Otro (describa)				

Pienso regresar a este sitio para darle pecho a mí bebé 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 biberón 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 la proveedora

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



Esta información ha sido adoptado de "Breastfeeding-Friendly Child Care Initiative" of the Carolina Global Breastfeeding Institute/UNC Gillings School of Global Public Health.