

Formulario de Comidas Para Infantes (llene una p

Nombre Completo del Infante _____ Fecha de Nacimiento _____

Marque la caja apropiada: ☐ Leche Materna ☐ Formula (marca) _____ Padres previs

PLAN DE COMIDA PARA INFANTES			
(Todas las fórmulas y cereales secos infantiles deben ser fortificados con I			
EDAD	DESAYUNO	ALMUERZO O CENA	
Nacimiento a 3 meses	4 - 6 oz de leche materna o fórmula líquida	4 - 6 oz de leche materna o fórmula líquida	
4 to 7 meses	1) 4 - 8 oz de leche materna o fórmula líquida y 2) 0 - 3 Cucharadas de cereal seco infantil y 3) 0 - 3 Cucharadas de frutas o vegetales, o ambos	1) 4 - 8 oz de leche materna o fórmula líquida y 2) 0 - 3 Cucharadas de cereal seco infantil y 3) 0 - 3 Cucharadas de frutas o vegetales, o ambos	
8 to 11 meses	Debe servir los 3 componentes: 1) 6 - 8 oz de leche materna o fórmula líquida y 2) 2 - 4 Cucharadas de cereal seco infantil y 3) 1 - 4 Cucharadas de frutas o vegetales, o ambos	Debe servir los 3 componentes: 1) 6 - 8 oz de leche materna o fórmula líquida y 2) Elegir al menos uno de los siguientes <ul style="list-style-type: none"> • 2 - 4 Cucharadas de cereal seco infantil • 1 - 4 Cucharada de carne, pescado, pollo, yema de huevo, frijoles o guisantes cociandos; o • 1/2 - 2 oz (peso) queso; o • 1 - 4 oz (volumen) requeson; o • 1 - 4 oz (peso) extensión del alimento de queso y 3) 1 - 4 Cucharadas de frutas o vegetales, o ambos	
REGISTRO DE HORA, ALIMENTO(S), CANTIDAD Y QUE SIRVIO EN CADA COMIDA (comid			
	DESAYUNO	ALMUERZO O CENA	
Fecha	Servido: _____ Comió: _____	Servido: _____	Comió: _____
_____	1) _____ oz de leche materna o fórmula	1) _____ oz de leche materna o fórmula	
Día	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	
_____		o carnes o alternativas	
Hora	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	

Fecha	Servido: _____ Comió: _____	Servido: _____	Comió: _____
_____	1) _____ oz de leche materna o fórmula	1) _____ oz de leche materna o fórmula	
Día	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	
_____		o carnes o alternativas	
Hora	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	

Fecha	Servido: _____ Comió: _____	Servido: _____	Comió: _____
_____	1) _____ oz de leche materna o fórmula	1) _____ oz de leche materna o fórmula	
Día	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	
_____		o carnes o alternativas	
Hora	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	

Fecha	Servido: _____ Comió: _____	Servido: _____	Comió: _____
_____	1) _____ oz de leche materna o fórmula	1) _____ oz de leche materna o fórmula	
Día	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	
_____		o carnes o alternativas	
Hora	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	

Fecha	Servido: _____ Comió: _____	Servido: _____	Comió: _____
_____	1) _____ oz de leche materna o fórmula	1) _____ oz de leche materna o fórmula	
Día	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil	
_____		o carnes o alternativas	
Hora	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	3) _____ Cucharadas _____ Vegetales o Frutas	

por cada infante)

Edad en Meses _____

to ☐ centro previsto ☐

hierro)

MERIENDA

4 - 6 oz de leche materna o fórmula líquida

4 - 8 oz de leche materna o fórmula líquida

1) 2 - 4 oz de leche materna o fórmula líquida o
100% jugo de frutas

y

2) 0 - 1/2 rebanada de pan*

o

0 - 2 galletas *

(*Debe de estar echo de grano entero
o de harina enriquecida)

o es opcional)

MERIENDA

Servido:

Comió:

1) _____ oz de leche materna o fórmula
_____ o 100% jugo de frutas2) _____ Pan o
_____ galletas

Servido:

Comió:

1) _____ oz de leche materna o fórmula
_____ o 100% jugo de frutas2) _____ Pan o
_____ galletas

Servido:

Comió:

1) _____ oz de leche materna o fórmula
_____ o 100% jugo de frutas2) _____ Pan o
_____ galletas

Servido:

Comió:

1) _____ oz de leche materna o fórmula
_____ o 100% jugo de frutas2) _____ Pan o
_____ galletas

Servido:

Comió:

1) _____ oz de leche materna o fórmula
_____ o 100% jugo de frutas2) _____ Pan o
_____ galletas