

Formulario de Consentimiento de Alimentación Infantil

Institution/Facility Name: _____

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES/TUTOR:

Por favor, seleccione de las siguientes opciones(s):

- ☐ **Amamantaré a mi infante el centro de cuidado infantil y/o mandare leche materna expresada.**

El Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) apoya la lactancia materna. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda la lactancia materna exclusiva y/o la provisión de leche materna expresada durante los primeros seis meses; y la continuación de la lactancia materna después de seis meses con la introducción de alimentos sólidos hasta por lo menos de un año. No hay límite de edad para la lactancia materna o la extracción de leche materna. Las madres y los infantes/niños pueden seguir amamantando mientras ambos deseen. El CACFP de Carolina del Norte tiene como objetivo ayudar a las familias a alcanzar sus objetivos de lactancia materna. Para obtener apoyo para la lactancia materna, póngase en contacto con su agencia local de Mujeres, Infantes y Niños (WIC) o visite <http://www.zipmilk.org> para encontrar recursos locales para la lactancia materna.

- ☐ **Aceptaré la fórmula fortificada con hierro que ofrece el centro de cuidado infantil.**

La institución ofrece: _____

Indique aquí el nombre de la fórmula infantil fortificada con hierro que ofrece la institución/centro

Doy permiso para que esta institución/centro prepare la fórmula de mi infante. Cuando no este disponible la leche materna, los infantes deben recibir una fórmula fortificada con hierro hasta los 12 meses de edad. Es decisión de los padres o tutores aceptar la fórmula que ofrece la institución/centro o mandar una fórmula alternativa.

NOTA: Los infantes que reciben leche de fórmula a través del programa WIC también pueden recibir leche de fórmula de este centro o guardería.

- ☐ **Rechazo la fórmula fortificada con hierro que ofrece la institución/centro**

Le daré a mi infante la siguiente fórmula: _____

NOTA: Si se proporciona leche de fórmula, debe estar fortificado con hierro. Si la fórmula proporcionada es una fórmula especial, se solicitará una razón médica.

Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

- ☐ **Mi infante tiene menos de 6 meses.**
- ☐ **Mi infante tiene alrededor de 6 meses de edad y está preparado para aceptar alimentos sólidos. Quiero que la institución/centro proporcione los alimentos sólidos permitidos en virtud de 7 § C.F.R. 226.20 (b) y del Policy Memo 17-01.**

Es importante retrasar la introducción de alimentos sólidos hasta alrededor de los 6 meses de edad, ya que la mayoría de los infantes no están preparados para consumirlos con seguridad. No existe una señal única y directa para determinar cuándo un infante está preparado para aceptar alimentos sólidos. La preparación de un infante depende de su ritmo de desarrollo único. Los centros y las guarderías deben estar en constante comunicación con los padres/tutores sobre cuándo y qué alimentos sólidos deben servirse mientras los infantes están bajo su cuidado. La AAP ofrece la siguiente orientación para ayudar a determinar si su infante está listo para recibir alimentos sólidos. Marque todas las casillas que correspondan a su infante:

- ☐ Mi infante puede sentarse en una trona, en una silla para comer o en un asiento para infantes con un buen control de la cabeza.
- ☐ Mi infante nos observa a mí y a los demás cuando comemos, busca la comida y parece ansioso por ser alimentado.
- ☐ Mi infante puede pasar la comida de una cuchara a la garganta y no la empuja fuera de la boca y/o gotea en la barbilla.
- ☐ Mi infante ha duplicado su peso desde nacer y ahora pesa alrededor de 13 libras o más.

Nombre del Infante: _____

Edad del Infante: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

NOTA PARA LOS PADRES: Cuando un padre o tutor elige proporcionar leche materna (leche materna expresada o amamantada en el centro) o una fórmula infantil acreditable y el infante está consumiendo alimentos sólidos, el centro o la guardería debe suministrar todos los demás componentes de la comida requeridos para que la comida sea reembolsable.

NOTE TO INSTITUTION/FACILITY: This document is required for all enrolled infants (birth through 11 months).

Esta institución es un proveedor de igual oportunidades. / This institution is an equal opportunity provider.