CHILD & ADULT CARE FOOD PROGRAM
SPONSORED BY RCDC

Nombre de Infante_____ Edad: _____ (Meses)

REGISTRO INDIVIDUAL DE COMIDA INFANTILES SEMANALES

◯ Leche Materna O ◯ Formula

Quien provee la Formula? ◯ Padre o ◯ cuidador

Por favor liste el artículo de comida y cantidad ofrecida al bebé cada alimentación.

Si el infante es amamantado el el sitio, solo ponga amamantado

Alimentos sólidos son necesarios cuando el bebé está listo en su desarrollo.

Componentes de Comida	**0 a 5 meses**	**6 a 11 meses**	**Fecha:**	**Fecha**	**Fecha:**	**Fecha:**	**Fecha:**
Desayuno							
Leche materna o fórmula fortificada con hierro	4-6 fl. oz	6-8 fl. oz.					
Cereales infantiles o suplentes de carne y carne- ver lista en lonche	N/A	0-4 T.					
Vegetal, Fruta o ambos	N/A	0-2 T.					
Merienda AM							
Leche materna o fórmula fortificada con hierro	4-6 fl. oz	2-4 fl. oz.					
Pan o galletas saladas, o cereal de bebe o cereal listo para comer	N/A	0-½ rebanada 0-2 galletas 0-4 T.cereal					
Vegetal, Fruta o ambos	N/A	0-2 T.					
Lonche o Cena							
Leche materna o fórmula fortificada con hierro	4-6 fl. oz	6-8 fl. oz.					
Cereal de bebe, carne y pezcado gallina, pavo y huevos Frijoles secos cocidos o guisantes **o queso** cottage cheese, **o yogur**	N/A N/A N/A N/A N/A N/A	0-4 T. 0-4 T. 0-4 T. 0-2 oz. 0-4 oz. 0-4 oz.					
Vegetal, Fruta o ambos	N/A	0-2 T.					
Merienda PM							
Leche materna o fórmula fortificada con hierro	4-6 fl. oz	2-4 fl. oz.					
Pan o galletas saladas, o cereal de bebe o cereal listo para comer	N/A	0-½ rebanada 0-2 galletas 0-4 T.cereal					
Vegetal, Fruta o ambos	N/A	0-2 T.					
Merienda de cama							
Leche materna o fórmula fortificada con hierro	4-6 fl. oz	2-4 fl. oz.					
Pan o galletas saladas, o cereal de bebe o cereal listo para comer	N/A	0-½ rebanada 0-2 galletas 0-4 T.cereal					
Vegetal, Fruta o ambos	N/A	0-2 T.					