

## Lactancia Maternal, La mejor opción para su bebé

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y mi meta es alimentar a mi bebé solamente con leche materna.

**Los beneficios de la lactancia materna son muy importantes para mí y para mi bebé. Solicito que se sigan estas directrices siempre y cuando sea médicamente seguro para mi bebé y para mí.** Si no soy capaz de responder estas preguntas sobre las prácticas de alimentación infantil elegidas, favor hablar con mi compañero de parto \_\_\_\_\_ o con mi doctor \_\_\_\_\_, quienes apoyan mi decisión de amamantar.

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:

**SOLO LACTANCIA MATERNA**

Mi meta es alimentar a mi bebé solo con leche materna. Por favor, no le dé ningún suplemento a mi bebe sin antes hablar conmigo o con mi compañero de parto. Necesito toda la atención de mi bebe para succionar leche de mi pecho y así ayudarme a producir una buena cantidad de leche.

**SIN BIBERONES NI CHUPETES**

Favor no darle pezones artificiales a mi bebé, incluyendo chupetes y cualquier tipo de biberones con formula, agua o agua con glucosa. Si hay alguna razón médica para administrar el suplemento, me gustaría hablar primero con un consultor de lactancia o pediatra sobre formas alternas de alimentación con leche materna extraída.

**CONTACTO DE PIEL**

Cuando mi bebé nazca, deseo que lo pongan en mi pecho, en contacto con mi piel por lo menos por 30 minutos. Si es posible, favor realizar las evaluaciones neo-natales de rutina con el bebé en mi pecho. Durante nuestra estadía, quiero tener la oportunidad de cargar a mi bebé en contacto con mi piel por el mayor tiempo posible. Se nos puede cubrir con un cobertor encima, no entre nosotros, si se requiere más calor.

**PRIMERA HORA**

Favor ayudarme a iniciar el proceso de lactancia materna dentro de los primeros 30 minutos a una hora del nacimiento. Esto significa poner a mi bebé en contacto con mi piel lo más pronto posible después del nacimiento, ofreciendo ayuda para amamantar cuando el bebé parece estar listo(a) (ej. Al mostrar el reflejo de búsqueda, si se lame los labios, etc.) Favor no forzar a mi bebé a que tome el pecho si no muestra señales de estar listo(a). En vez de eso, deje al bebé en contacto con mi piel hasta que esté listo(a) para mamar.

**EXAMENES DE RUTINA**

Favor examinar a mi bebé en mi presencia y no se lo lleve a otra habitación a no ser que requiere tratamiento médico que no pueda ser proporcionado en mi cuarto.

**CESAREA DE EMERGENCIA**

Si me hacen cesaría, me gustaría cargar a mi bebé en contacto con mi piel lo más pronto posible después de la operación. Si no soy capaz de hacer esto después del

nacimiento, favor permitirle a mi compañero que cargue al bebé en contacto con su piel.

**JUNTOS EN LA MISMA HABITACION**

Me gustaría tener al bebé en mi cuarto las 24 horas del día para darle más tiempo de contacto con mi piel y para poder aprender sus señales de hambre y alimentarlo cuando sea necesario. Si por algún motivo mi bebé y yo no estamos en la misma habitación, favor traerlo apenas muestre señales de hambre, como por ejemplo si se chupa las manos, hace sonidos con su boca, tiene movimiento ocular rápido o si demuestra el reflejo de búsqueda.

**ASISTENCIA PARA LACTANCIA MATERNA**

Por favor, enséñeme a identificar una buena succión de parte del bebé y como corregir la posición y succión del bebé si necesita mejorar. Enséñeme como reconocer las señales de que el bebé tiene hambre y como saber si se está alimentando bien.

**DISPOSITIVOS SACA-LECHE**

Si mi bebé no es capaz de mamar o nos separan por motivos médicos, quiero tener la opción de usar un saca-leche dentro de 6 horas después del nacimiento. Si usted piensa que necesitaré un saca-leche por tiempo prolongado más allá de mi estadía en el hospital o si no hay saca-leche eléctrico doble disponible, recuérdeme de llamar a mi oficina WIC.

**BOLSAS DE ALTA MEDICA**

Por favor no me de bolsas de alta médica con formula ni me muestre material de promoción sobre leche artificial para bebés.

**APOYO DE LACTANCIA DESPUES DEL ALTA MEDICA**

Me gustaría recibir información de contacto sobre apoyo de lactancia en caso de que necesite ayuda al amamantar a mi bebé en casa.

[Health.mo.gov/living/families/babies/breastfeeding](http://Health.mo.gov/living/families/babies/breastfeeding)

Missouri Department of Health and Senior Services

EMPLEADOR DE OPORTUNIDAD IGUALITARIA Y ACCION AFIRMATIVA.

Los servicios son proporcionados en bases no-discriminatorias