My Breastfeeding Plan

BreastMilk
100% Natural Ingredients

CHECK ALL THAT APPLY:

☐ **EXCLUSIVE BREASTFEEDING**
My goal is to exclusively breastfeed my baby. Please do not give my baby any supplements before speaking to me or my partner, friend or relative. I need all of my baby's suckling to be at my breast in order for me to establish a good milk supply.

☐ **NO BOTTLES OR PACIFIERS**
Please do not give my baby artificial nipples including pacifiers or any types of bottles with formula, water, or glucose water. If there is a medical reason for supplementation, I would first like to speak with a lactation consultant or pediatrician about trying alternate feeding methods with expressed milk.

☐ **SKIN-TO-SKIN**
When my baby is born, I would like to have him/her placed on my chest, skin-to-skin with me for at least sixty minutes. If possible, please perform routine newborn evaluations with my baby on my chest. Throughout our stay, I want to be able to hold my baby skin-to-skin as much as possible. A blanket may be placed over us, but not between us, if extra warmth is necessary.

☐ **FIRST HOUR**
Please help me initiate breastfeeding "immediately"; no later than 30 minutes to 1 hour after delivery. This means placing my baby skin-to-skin as soon as possible after birth, offering help to begin breastfeeding when my baby seems ready (e.g. rooting, licking lips, etc.) Keep my baby skin-to-skin with me until he/she is ready to latch.

☐ **ROUTINE EXAMS**
Please examine my baby in my presence and do not take him/her away from me unless he/she requires medical treatment that cannot be done in my room.

☐ **CESAREAN DELIVERY (C-SECTION)**
If I have a cesarean, I would like to hold my baby skin-to-skin as soon as possible after the operation. If I am unable to for some time after the delivery, then please allow my partner to hold my baby skin-to-skin.

☐ **DISCHARGE BAGS**
Please do not give me a discharge bag containing formula or show me any promotional or marketing materials concerning artificial baby milk.

☐ **ROOMING IN**
I would like to room in with my baby 24 hours a day to give my baby plenty of skin-to-skin time and so I can learn my baby's feeding cues and feed him/her at the first sign of hunger. If for some reason my baby and I are not in the same room, please bring him/her to me at the earliest hunger cues, such as sucking on hands, making sucking noises, rapid eye movement, or rooting.

☐ **BREAST PUMPS**
If my baby is unable to breastfeed or is separated from me due to medical reasons, I want to be able to use a breast pump within 6 hours of delivery. Please remind me to call my WIC office for a pump if I need to continue pumping at home.

☐ **BREASTFEEDING SUPPORT AFTER DISCHARGE**
I would like to receive contact information for breastfeeding support in case I need help with breastfeeding after my baby and I are at home.

My name is _____
_____ and my goal is to exclusively breastfeed my baby.

The benefits of breastfeeding are very important to me and my baby. I request that these guidelines be supported as long as it is medically safe for me and my baby.

If I am unable to answer questions about the chosen infant feeding practices, please speak with my partner, friend or relative,
_____
or my doctor, _____
_____ *who are both supportive of my decision to breastfeed.*

WIC is an equal opportunity provider.

AR WIC Breastfeeding Helpline – 800-445-6175, Monday-Friday, 8:00 AM to 4:30 PM
or visit www.facebook.com/arwicbreastfeeding

Mi plan para amamantar

Leche Materna
Ingredientes 100% Naturales

MARCA TODOS LOS QUE CORRESPONDAN:

☐ **LACTANCIA EXCLUSIVA**
Mi meta es amamantar exclusivamente a mi bebé. Favor de no darle ningún suplemento a mi bebé antes de hablar conmigo o con mi compañero, amigo o familiar. Necesito que mi bebé se alimente exclusivamente de mi seno para poder establecer un buen suministro de leche.

☐ **SIN BIBERONES NI CHUPONES**
Favor de no darle mamilas artificiales como chupones ni ningún tipo de biberón con fórmula, agua o agua con glucosa. Si existe alguna razón médica para darle suplemento, me gustaría hablar primero con una consultora en lactancia o un pediatra acerca de probar métodos alternativos de alimentación con la leche extraída.

☐ **PIEL CON PIEL**
Cuando nazca mi bebé, me gustaría que lo colocaran sobre mi pecho piel con piel durante por lo menos sesenta minutos. De ser posible, favor de efectuar las evaluaciones rutinarias del recién nacido mientras mi bebé se encuentra sobre mi pecho. Durante toda nuestra estancia, quiero tener la capacidad de cargar a mi bebé piel con piel todo lo posible. Si es necesario contar con calor adicional, pueden colocar una cobija encima de los dos, pero no entre nosotros.

☐ **PRIMERA HORA**
Favor de ayudarme a iniciar la lactancia inmediatamente, a más tardar de 30 minutos a una hora después del parto. Esto significa colocar a mi bebé piel con piel en cuanto sea posible después del nacimiento y ofrecerme ayuda para comenzar a dar el pecho cuando mi bebé parezca estar listo (es decir, cuando comience a buscar, a lamerse los labios, etc.). Favor de mantener a mi bebé piel con piel conmigo hasta que esté listo para prenderse.

☐ **EXÁMENES DE RUTINA**
Favor de examinar a mi bebé en mi presencia y de no llevárselo a menos que requiera tratamiento médico que no se pueda realizar en mi habitación.

☐ **PARTO POR CESÁREA**
Si me realizan una cesárea, me gustaría cargar a mi bebé piel con piel en cuanto sea posible después de la cirugía. Si yo no puedo hacerlo durante un tiempo después del parto, entonces favor de permitir que mi compañero lo cargue piel con piel.

☐ **BOLSAS PROMOCIONALES DE ALTA**
Al darme de alta, favor de no darme una bolsa con promociones que contenga fórmula, ni mostrarme ningún material promocional acerca de la leche artificial para bebés.

☐ **ALOJAMIENTO**
Me gustaría tener a mi bebé en mi habitación las 24 horas del día para darle suficiente tiempo piel con piel, poder aprender sus señales de alimentación y alimentarlo a la primera señal de hambre. Si por alguna razón mi bebé y yo no estamos en la misma habitación, favor de llevármelo en cuanto comience a mostrar señales de hambre como chuparse las manos, hacer ruidos de succión, movimientos rápido de los ojos o señales de búsqueda.

☐ **SACALECHE**
Si mi bebé no es capaz de amamantar, o si está separado de mí debido a razones médicas, deseo tener la capacidad de utilizar un sacaleche por lo menos dentro de 6 horas después del parto. Favor de recordarme que debo llamar a la oficina de WIC para pedir un sacaleche si necesito continuar usándolo en casa.

☐ **APOYO PARA LA LACTANCIA DESPUÉS DEL ALTA**
Me gustaría recibir información de contacto para obtener apoyo con la lactancia en caso de que necesite ayuda después de que mi bebé y yo lleguemos a casa.

Mi nombre es _____ _____ y mi meta es amamantar exclusivamente a mi bebé.

Los beneficios de la lactancia son muy importantes para mí y para mi bebé. Solicito el apoyo de estas directrices siempre y cuando sea médicamente seguro para mí y para mi bebé.

Si no puedo responder preguntas acerca de las prácticas de alimentación infantil seleccionadas, favor de hablar con mi compañero de parto, amigo o familiar _____ o con mi médico, _____, ya que ambos apoyan mi decisión de dar el pecho.

WIC es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades de empleo.

Línea de ayuda para la lactancia WIC de AR - 800-445-6175, lunes a viernes de 8:00 AM a 4:30 PM o visita www.facebook.com/arwicbreastfeeding