

MY BREASTFEEDING PLAN

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

Breastfeeding is very important to me and my baby, and I want to do everything I can to get breastfeeding off to a good start. My request is that the staff at this facility support me in following the guidelines that I have checked below, unless otherwise determined by my health care provider.

If I am unable to answer questions about feeding my baby, please speak with my birthing partner, _____, or my health care provider, _____, who are both supportive of my decision to exclusively breastfeed. Thank you for your support of breastfeeding.

CHECK ALL THAT APPLY:

SKIN-TO-SKIN

Immediately after delivery, I would like to have my baby placed on my chest, skin-to-skin, 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 start breastfeeding within 1 hour of delivery. This means allowing time for my baby to find my breast while we are skin-to-skin, and offering help when my baby seems ready (e.g. rooting, licking lips, etc.) Please do not force my baby to take the breast until he/she shows signs of readiness to latch.

BREASTFEEDING SUPPORT

Please show me how to comfortably lay back so my baby is supported by my body. Help me to identify a good latch and learn how to re-position my baby if needed. Help me recognize when my baby is becoming hungry or full, and how to tell if my baby is breastfeeding well.

ROOMING IN

I would like to room in with my baby 24 hours a day. I plan to give my baby plenty of skin-to-skin time and want to breastfeed frequently, in response to my baby's early feeding cues. If for some reason we are not in the same room, please bring my baby to me at the earliest sign of hunger, such as sucking on hands, making sucking noises, or rooting.

ROUTINE EXAMS

Please examine my baby in my presence. Do not take him/her away unless medical treatment is required that cannot be done in my room.

SUPPLEMENTATION

Please do not give my baby any supplements. I need all of my baby's suckling to be at my breast in order for me to establish good milk production. If there is a medical need for supplementation, I would like to speak with a lactation consultant or physician about using expressed breast milk as the first option, and learn how to hand express my breast milk. I do not want formula or other fluids to be given without the express consent of myself or my birthing partner.

NO BOTTLES OR PACIFIERS

Please do not give my baby artificial nipples including pacifiers or any type of bottle with formula, glucose water, or plain water.

C-SECTION

If I have a C-section, I would like to hold my baby skin-to-skin and breastfeed as soon as possible after the operation. If I am not able to do so, then please let my birthing partner hold my baby skin-to-skin.

BREAST PUMPS

If my baby is unable to breastfeed or is separated from me for medical reasons, I want to use a breast pump within 6 hours of delivery. If I am going to need a pump longer than my hospital stay, please help me make arrangements with my health care provider / insurer.

DISCHARGE BAGS

Please do not give me a discharge bag containing formula or show me any promotional or marketing materials concerning formula.

BREASTFEEDING SUPPORT AT HOME

I would like information about breastfeeding support services that are available to me once I am home with my baby.

Mi Plan Para Amamantar

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

El amamantamiento es muy importante para mí y para mi bebé, y quiero hacer todo lo posible para comenzar bien desde un principio. Pido que se apoyen las medidas que he marcado abajo, a menos que mi proveedor de salud lo determine de otra manera.

Si no puedo contestar preguntas sobre las prácticas de alimentación que escogí para el bebé, por favor, consulten con mi compañero de parto _____, o con mi doctor, _____, los cuales me apoyan en mi decisión de amamantar.

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:

CONTACTO DE PIEL A PIEL

En cuanto nazca mi bebé, quiero que lo coloquen sobre mi pecho, para tenerlo en contacto piel con piel por lo menos por 60 minutos. Si es posible, por favor hagan las evaluaciones de rutina a mi bebé mientras esté acostado en mi pecho. Durante nuestra estancia en el hospital, quiero abrazar a mi bebé para que su piel esté en contacto con la mía lo más posible. Si necesitamos un poco más calor, nos pueden poner una cobija encima, pero no en medio de nosotros.

LA PRIMERA HORA

Por favor, ayúdenme a iniciar el amamantamiento entre 1 hora después del parto. Esto significa colocar a mi bebé de manera que mi piel esté en contacto con la suya lo antes posible después del parto y ofrecer ayuda para empezar a amamantar cuando el bebé parece estar listo (por ejemplo, al buscar el pecho, al lamerse los labios, etc.) Por favor, no obliguen a mi bebé a tomar el pecho hasta que muestre señales de estar listo para prenderse al pecho.

AYUDA CON EL AMAMANTAMIENTO

Por favor enseñenme como recostar comodamente para que mi cuerpo apoya a mi bebé. Ayúdenme a saber cuando está prendido y aprender a reposicionar al bebé si sea necesario. Por favor, enséñenme a reconocer las primeras señales de hambre y como saber si lo estoy amamantando bien.

EL BEBÉ EN MI CUARTO

Me gustaría que mi bebé pase las 24 horas del día conmigo, para darle bastante tiempo de contacto con mi piel y saber cuándo está listo para alimentarlo. Si por alguna razón no estamos en el mismo cuarto, por favor tráiganme a mi bebé en cuanto él de las primeras señales de hambre, como cuando se chupa las manos, hace sonidos de chupar, sus ojos hacen movimientos rápidos o empieza a buscar el pecho.

EXAMÉNES DE RUTINA

Por favor, examinen a mi bebé en mi presencia. No se lo lleven a menos que requiera tratamiento médico que no pueda hacerse en mi cuarto.

SUPLEMENTOS

Por favor, no le den a mi bebé ningún suplemento. Necesito que mi bebé se alimente con mi leche materna para establecer un buen suministro. Si hay alguna necesidad médica que requiera suplemento, me gustaría hablar con una consejera de lactancia o un médico acerca de métodos alternativos de alimentación con leche materna extraída. No quiero que le den a mi bebé fórmula infantil ni otros líquidos sin el permiso mio o de mi compañero de parto.

NO BIBERONES NI CHUPONES

Por favor, no le den a mi bebé tetillas artificiales, como chupones, ni ningún tipo de biberón con fórmula ni agua glucosa o simple.

CESÁREA

Si me hacen una cesárea, quiero abrazar a mi bebé para que mi piel esté en contacto con la suya tan pronto sea posible después de la operación. Si no puedo hacerlo por un tiempo después del parto, por favor, dejen que mi compañero de parto tenga al bebé de piel a piel.

BOMBAS SACALECHES

Si no puedo amamantar a mi bebé o si está separado de mí por razones médicas, quiero usar un sacaleches dentro de las 6 horas después del parto. Si voy a necesitar un sacaleches por más tiempo que mi estancia en el hospital, por favor ayúdeme a conseguir uno por medio de mi seguridad o del WIC.

BOLSAS AL SALIR DEL HOSPITAL

Por favor no me den una bolsa conteniendo muestras de fórmula ni algún material de promoción como cupones o descuentos para fórmula infantil.

APOYO PARA LA LACTANCIA EN LA CASA

Me gustaría tener información acerca de los servicios disponibles para mi en caso de que necesite ayuda con el amamantamiento cuando mi bebé y yo estemos en casa.