Fecha de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de terminación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de identificación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nos gustaría saber todo lo que su bebé come y bebe durante 3 **días en total**.

* Complete el diario de su bebé por **DOS DÍAS DE LA SEMANA** (de lunes a viernes) y **UN DÍA DEL FIN DE SEMANA** (sábado o domingo) empezando con la primera comida o bebida de su bebé **DESPUÉS** de la medianoche, 12:00 AM y terminando a las 11:59 PM del mismo día.
* Permita que su bebé coma y beba como **NORMALMENTE** lo hace.
* Lleve consigo este diario de alimentos a **TODAS LOS LUGARES** a donde lleve a su bebé. Use un **RENGLÓN NUEVO** para cada alimento y bebida que su bebé coma o beba.
* Escriba **TODO** lo que su bebé coma y beba, la **CANTIDAD** que él/ella comió o bebió, y la **HORA** a la que él/ella consumió los alimentos o bebidas. Tome **FOTOS** de las comidas del bebé a lo largo del día para ayudarle a recordar.
* Escriba por **SEPARADO** los ingredientes de alimentos como los sándwiches. Por ejemplo, para un sándwich de jamón debería escribirlo como: 2 rebanadas de pan blanco *Hellman's*, mostaza y 1 rebanada delgada de jamón glaseado con miel.
* Incluya **DETALLES** como las marcas, el contenido de grasa y sal de los alimentos que su bebé consume durante el día. Por ejemplo:
  + Cereal: cereal de trigo integral, *Gerber*
  + Vegetales para bebé: zanahorias orgánicas, *Parent’s Choice*
  + Fórmula: *Enfamil Gentlease*
* No olvide incluir los **PEQUEÑOS EXTRAS** que su bebé pudiera haber comido como galletas para la dentición, un bocado de papa horneada simple del plato de mamá o papá o todas las veces que lo **alimente con biberón o pecho**.
* No olvide incluir todos los **BOCADILLOS Y BEBIDAS** que su bebé consuma antes, después y entre las comidas. Algunos ejemplos son frutas, sopapilla para bebé de plátano, jugo, agua, etcétera.
* Si su bebé comió varias comidas entre un período de tiempo, indique cada **HORA** por separado.
* Para todos los alimentos cocinados, díganos **CÓMO LOS COCINÓ** e incluya los ingredientes como el aceite y condimentos. Algunos métodos para cocinar incluyen cocinar al vapor, freír, hervir, hornear y asar a la parrilla.
* Al final del registro incluya todos los **SUPLEMENTOS & VITAMINAS** que su bebé tome cada día. Por ejemplo, gotas de Vitamina D.

**Aquí hay algunas formas fáciles de calcular el tamaño de una porción:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cantidad de comida** | **Tamaño de la porción** |
| **Carne** =el tamaño de una baraja de naipes o la palma de su mano | 3 oz |
| **Queso** = el tamaño de su dedo pulgar o de una pequeña caja de cerillos | 1 oz |
| **Arroz, cereal o pasta** = el tamaño del puño de su mano | 1 taza |
| **Arroz, cereal o pasta** = el tamaño de un puñado pequeño o el de una bombilla | ½ taza |
| **Un trozo de fruta** = el tamaño de una pelota de tenis | Tamaño mediano |
| **Mantequilla, kétchup o mayonesa** = el tamaño de la punta de su dedo pulgar | 1 cucharadita |
| **Aderezo para ensaladas, mantequilla de maní** = el tamaño de su dedo pulgar | 1 cucharada |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BEBÉ DÍA 1: \_\_\_\_\_EJEMPLO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_EJEMPLO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **DESAYUNO HORA:** *\_3:00*\_ **AM DÓNDE: \_***casa***\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO: \_\_\_***supermercado***\_\_** | | |
| 3:00 AM |  |  |
| fórmula, *Similac Advance* | 3 oz | en polvo mezclada con agua del grifo |
| 5:30 AM |  |  |
| fórmula, *Similac Advance* | 4 oz | en polvo mezclada con agua del grifo |
| Cereal de arroz de un solo grano, *Gerber* | 2 cucharadas | mezclado con agua del grifo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA MAÑANA HORA: \_\_***\_9:30***\_\_ AM DÓNDE: \_***casa***\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO***: \_supermercado* | | |
| fórmula, *Similac Advance* | 4 oz | mezclado con agua del grifo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BEBÉ DÍA 1: \_\_\_\_\_\_\_EJEMPLO\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_EJEMPLO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **ALMUERZO HORA: \_***11:35***\_ AM DÓNDE: \_***casa\_\_***\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:****\_\_***supermercado***\_\_** | | |
| fórmula, *Similac Advance* | 4 oz | mezclado con agua del grifo |
| comida para bebé de plátano, mora, arándano, *Gerber* | ⅓ taza |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA TARDE HORA: \_\_\_\_***2:10***\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_***casa***\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:** *supermercado***\_** | | |
| fórmula, *Similac Advance* | 4 oz | mezclado con agua del grifo |
| sopapilla para bebé sabor a manzana y fresa, *Happy Baby* | 2 cucharadas |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BEBÉ DÍA 1: \_\_\_\_\_\_EJEMPLO\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_EJEMPLO\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **CENA HORA: \_\_***7*\_\_\_ **PM DÓNDE: \_\_\_***casa***\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:** *\_supermercado***\_** | | |
| fórmula, *Similac Advance* | 4 oz | mezclada con agua del grifo |
| cereal de arroz de un solo grano, *Gerber* | 2 cucharadas | mezclada con ¼ taza agua del grifo |
| chícharos para bebé, *Gerber* | ⅓ taza |  |
| comida para bebé de plátano, orgánico, *Beech Nut* | ¼ taza |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA NOCHE HORA: \_\_\_***9:45*\_\_ **PM DÓNDE: \_\_\_***casa***\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:** \_\_*supermercado***\_\_** | | |
| 9:45 PM |  |  |
| fórmula, *Similac Advance* | 4 oz | mezclada con agua del grifo |
| 11:35 PM |  |  |
| fórmula, *Similac Advance* | 4 oz | mezclada con agua del grifo |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suplementos/Vitaminas:** *gotas de vitamina D para bebé, 400 IU* | | |
| **BEBÉ DÍA 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **DESAYUNO HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AM/PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA MAÑANA HORA: \_\_\_\_\_\_\_ AM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BEBÉ DÍA 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **ALMUERZO HORA: \_\_\_\_\_\_\_ AM/PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA TARDE HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BEBÉ DÍA 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **CENA HORA: \_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA NOCHE HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suplementos/Vitaminas:** | | |
| **BEBÉ DÍA 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **DESAYUNO HORA: \_\_\_\_\_ AM/PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA MAÑANA HORA: \_\_\_\_\_ AM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BEBÉ DÍA 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **ALMUERZO HORA: \_\_\_\_\_ AM/PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA TARDE HORA: \_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BEBÉ DÍA 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **CENA HORA: \_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA NOCHE HORA: \_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suplementos/Vitaminas:** | | |
| **BEBÉ DÍA 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **DESAYUNO HORA: \_\_\_\_\_ AM/PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA MAÑANA HORA: \_\_\_\_\_ AM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BEBÉ DÍA 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **ALMUERZO HORA: \_\_\_\_\_ AM/PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA TARDE HORA: \_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BEBÉ DÍA 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Qué tipo de comida o bebida consumió?** | **¿Cuánto COMIÓ o BEBIÓ?** | **¿Cómo preparó el alimento?** |
| **CENA HORA: \_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BOTANA DE LA NOCHE HORA: \_\_\_\_\_ PM DÓNDE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE DÓNDE PROVIENE EL ALIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suplementos/Vitaminas:** | | |