



MI PLAN DE LACTANCIA

- Me gustaría que el bebé esté colocado conmigo **“piel con piel”** inmediatamente después del nacimiento.
- Si yo tengo una cesárea, me encantaría **cargar al bebé “piel con piel”** lo más pronto posible.
- Si soy incapaz de cargar al bebé por algún tiempo, me encantaría que mi pareja sostenga a mi bebé “piel con piel”.
- Quiero **iniciar la lactancia dentro de la primera hora**. Me gustaría dar al bebé una oportunidad para auto integrarse, y no quiero que el bebé sea forzado a su primera lactancia.
- Me gustaría que todos los **procedimientos del recién nacido sean demorados** hasta después de la primera lactancia, y terminar con el bebé descansando sobre mí o siendo sostenido por mí.
- Quiero que mi **bebé se quede en la habitación conmigo**, y quiero sostener a mi bebé “piel con piel” tanto como sea posible durante nuestra estadía.
- Me gustaría ayudar en establecer un **efectivo y placentero vínculo**, y aprender diferentes posiciones para atender a mi bebé. Me gustaría también ayuda para poder **expresarme con las manos**, cómo reconocer el tragar, y qué esperar en los días siguientes después de dada de alta.
- Si encuentro algún problema de lactancia, **me gustaría ser ayudada** por la Consultora del Consejo Internacional de Lactancia u otro equipo calificado para ayudar a madres en lactancia.
- No quiero ningún agua, agua de glucosa, fórmula, botellas o chupetes dados a mi bebé.** Si hay alguna necesidad médica por suplementos, me gustaría la oportunidad de discutirlo primero con mi pediatra o mi especialista en lactancia.
- Si soy separada de mi bebé por alguna razón y no soy capaz de establecer la lactancia, me gustaría que me **ayuden a usar una bomba** para sacar la leche para establecer las reservas de mi leche.
- No quiero ser dada o mostrada ningún tipo de material publicitario sobre fórmulas**, incluyendo pañaleras, tarjetas de cunas, o de fórmula misma.
- Me gustaría recibir información sobre **fuentes de apoyo para la lactancia** en mi comunidad.
- Me gustaría ser ayudado por el personal del hospital para **manejar a mis visitantes** para que pueda tener tiempo privado para dar de lactar a mi bebé.

“Piel con piel” significa que el bebé esta desnudo sobre el pecho desnudo de la madre. No pijamas o ropa entre ellos por un mínimo de 15 minutos durante las primeras dos horas de vida.

MIS METAS DE LACTANCIA

- Yo planeo darle de lactar a mi bebé por ____ meses.
- Yo planeo regresar a la escuela o al trabajo en ____ semanas mientras continúo dando de lactar a mi bebé.
- Yo planeo dar de lactar a mi bebé por ____ años.
- Yo planeo
- Yo planeo

MIS PREGUNTAS SOBRE LACTANCIA

Washington County WIC 262-335-4466
Ozaukee County WIC 262-284-8172

Cortesía de la Confederación de Lactancia de
West Allis-West Milwaukee **AGOSTO 2009**