

## Líquidos Claros

**Café:** Regular | Descafeinado

**Té:** Regular | Descafeinado | Manzanilla | Té Helado Sin Endulzar

**Jugo:** Manzana | Arándano

**Soda:** Ginger Ale | Ginger Ale Dietética | Agua Mineral

**Caldos:** Res | Pollo | Verdura

**Gelatina (Regular o Sin Azúcar):** Fresa | Naranja

**Hielo de la Fruta:** Limon | Limon Sin Azúcar Añadido | Cereza | Narajana

## Líquidos Completos

(Todos los artículos de la selección de Líquidos Claros más los que se enumeran a continuación):

**Jugo:** Naranja | Ciruela | Tomate

**Helado (Regular o Sin Azúcar Añadido):** Vainilla | Chocolate

**Pudín (Regular o Sin Azúcar Añadido):** Vainilla | Chocolate

**Yogur (Regular o Lite):** Vainilla | Natural

**Cereal:** Crema de Trigo

**Mousse de Chocolate Bajo en Grasa** (11am-7pm)

**Soupa:** Crema de Tomate (11am-7pm)

Durante su estadía en Stony Brook Hospital, su dieta puede cambiar varias veces debido a pruebas, tratamiento o cirugía

### DIETA:

## Líquidos Claros /Líquidos Completos

1. Marque 8 -DINE (extensión 8-3463) entre las 7 am y las 7 pm
2. Identifíquese con el Asociado de Servicio a la Habitación, quien verificará su nombre, número de habitación y la dieta ordenada por su médico. Haz tu pedido. Su comida especialmente preparada se le servirá dentro de los 60 minutos de su solicitud.
3. Haga su pedido. Su comida especialmente preparada se le servirá dentro de los 60 minutos posteriores a su solicitud.

El Departamento de Alimentos y Nutrición está aquí para brindarle un excelente servicio. Siéntase libre de informar a su asociado de servicio a la habitación cómo podemos ayudarlo a satisfacer sus necesidades de servicio de alimentos.

### DIETAS ESPECIALES / RESTRINGIDAS

Tenga en cuenta que no todos los elementos del menú son apropiados para todas las dietas. Si está en una dieta especial o restringida, nuestro asociado de servicio a la habitación lo ayudará con sus selecciones de comidas. Para su seguridad, aceptaremos sus selecciones de menú solo después de que su médico haya ingresado su orden de dieta.

¡Necesitamos su regeneración!

Si recibe una encuesta de satisfacción del paciente por correo, llénela y devuélvala.

¡Tu opinión cuenta!

NOMBRE: \_\_\_\_\_

LA FECHA/HABITACIÓN # : \_\_\_\_\_

9/23

