Delegación de servicios de enfermería: Consentimiento para el proceso de delegación

Nurse Delegation: Consent for Delegation Process

1. NOMBRE DEL CLIENTE				2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ACES DEL CLIENTE	3. FECHA DE NACIMIENTO
4. DOMICILIO DEL CLIENTE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		5. NÚMERO DE TELÉFONO
6. DIAGNÓSTICO DEL CLIENTE					
7. ALERGIAS DEL CLIENTE					
8. CONTACTO DEL CENTRO O PROGRAMA				9. NÚMERO DE TELÉFONO	
10. NÚMERO DE FAX				11. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

12. ENTORNO

- ☐ Programa residencial comunitario certificado por el DSHS para personas con discapacidades del desarrollo
- ☐ Hogar familiar para adultos autorizado
- ☐ Institución de vida asistida autorizada
- ☐ Residencia privada

13. PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA	14. NÚMERO DE TELÉFONO

Consentimiento para el proceso de delegación

Se me ha informado que el enfermero registrado (RN) responsable de la delegación solamente delegará a trabajadores de cuidado a largo plazo que sean capaces de realizar correctamente las tareas de enfermería delegadas y que estén dispuestos a hacerlo. El trabajador de cuidado a largo plazo debe tener una acreditación vigente de asistente de enfermería o asistente de cuidado en el hogar - certificado. Solamente se hará la delegación de servicios de emergencia después de que el RN que delega haya evaluado la capacidad del asistente de enfermería o asistente de cuidado en el hogar para desempeñar de manera competente la tarea de enfermería delegada en ausencia de supervisión directa o inmediata de un enfermero, y de que haya concluido con éxito la capacitación obligatoria del Departamento de Servicios Sociales y de Salud conforme a RCW 18.79.260 y WAC 246-840-930.

Además, entiendo que las siguientes tareas nunca pueden ser delegadas, de conformidad con WAC 246-840-910:

- Administración de medicamentos con inyecciones (intramusculares, subcutáneas o intravenosas) **excepto por inyecciones de insulina.**
- Procedimientos estériles.
- Mantenimiento de vía central.
- Actos que requieren del juicio del personal de enfermería

Si se obtiene consentimiento verbal, deberá obtenerse el consentimiento por escrito dentro de un plazo de 30 días del consentimiento verbal.

15. FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	16. NÚMERO DE TELÉFONO	17. FECHA
18. CONSENTIMIENTO VERBAL OBTENIDO DE	19. PARENTESCO CON EL CLIENTE	20. FECHA

Mi firma a continuación indica que he evaluado a este cliente y he determinado que su condición es estable y predecible. Estoy de acuerdo con proporcionar delegación de servicios de enfermería de acuerdo con RCW 18.79 y WAC 246-840-910 al 970.

21. NOMBRE DEL ENFERMERO QUE DELEGA - LETRA DE MOLDE	22. NÚMERO DE TELÉFONO
23. FIRMA DEL ENFERMERO QUE DELEGA	24. FECHA

Si desea exponer alguna inquietud sobre la delegación de servicios de enfermería, llame a la línea de ayuda de la Unidad de Resolución de Quejas del DSHS al 1-800-562-6078.

DISTRIBUCIÓN: Copia en el expediente del cliente y en el archivo del enfermero que delega

Instrucciones para rellenar la delegación de servicios de enfermería: Consentimiento para el proceso de delegación

Todos los espacios son obligatorios, a menos que estén marcados como **"OPCIONAL".**

1. Nombre del cliente. Escriba el nombre del cliente que se delega (apellido, nombre).
2. Número de identificación ACES del cliente. Escriba el número de identificación ACES del cliente.
3. Fecha de nacimiento. Escriba la fecha de nacimiento del cliente (mes, día, año).
4. Dirección del cliente. Escriba la dirección en la que el cliente reside actualmente, incluyendo calle y número, ciudad, estado y código postal.
5. Número de teléfono. Escriba el número de teléfono, incluido el código de área, al que pueda llamar al cliente.
6. Diagnóstico del cliente. Escriba los diagnósticos del cliente que afecten a la tarea delegada.
7. Alergias. Escriba las alergias conocidas o "No tiene alergias conocidas".
8. Contacto del centro o programa. Escriba el nombre del centro o el nombre de la persona de contacto en el centro u hogar.
9. Número de teléfono. Escriba el número de teléfono.
10. Número de fax. Escriba el número de fax del centro, si hay uno disponible.
11. Dirección de correo electrónico. Escriba la dirección de correo electrónico del cliente o del centro, si hay una disponible.
12. Entorno. Marque la casilla que corresponda.
13. Proveedor de atención médica. Escriba el nombre del proveedor de atención médica del cliente.
14. Número de teléfono. Escriba el número de teléfono del proveedor de atención médica.
15. Firma del cliente o representante autorizado. Léale la declaración al cliente o representante autorizado y explíquele el proceso de delegación de servicios de enfermería antes de que firme.
16. Número de teléfono. Pídale que escriba su número de teléfono.
17. Fecha: Fecha de la firma.
18. Consentimiento verbal obtenido de. Léale la declaración al cliente o representante autorizado y explíquele el proceso de delegación de servicios de enfermería antes de obtener su consentimiento verbal. Escriba su nombre con letra de molde. El consentimiento escrito **debe** obtenerse en un plazo de 30 días del consentimiento verbal. Una firma electrónica es aceptable.
19. Parentesco con el cliente. Escriba el parentesco con el cliente de la persona que otorga el consentimiento.
20. Fecha: Fecha en la que obtuvo el consentimiento verbal.
21. Nombre del enfermero que delega. Escriba su nombre en letra de molde.
22. Número de teléfono. Escriba su número de teléfono.

23. y 24. Firma del enfermero que delega y fecha. Firme y feche para confirmar el consentimiento.