

DELEGACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CONSENTIMIENTO PARA PROCESO DE DELEGACIÓN

Nurse Delegation: Consent for Delegation Process

1. NOMBRE DEL CLIENTE		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. IDENTIFICACIÓN/UBICACIÓN (OPCIONAL)	
4. DOMICILIO DEL CLIENTE		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
6. CONTACTO DE LA INSTALACIÓN O PROGRAMA		7. NÚMERO DE TELÉFONO		8. NÚMERO DE FAX	
				9. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
10. UBICACIÓN		11. DIAGNÓSTICO DEL CLIENTE		12. ALERGIAS	
<input type="checkbox"/> Programa Residencial comunitario certificado para personas con discapacidades del desarrollo					
<input type="checkbox"/> Hogar de familia para adultos con licencia					
<input type="checkbox"/> Establecimiento de vida asistida con licencia					
<input type="checkbox"/> Hogar privado/Otro					
13. PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA				14. NÚMERO DE TELÉFONO	

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCESO DE DELEGACIÓN

Se me ha informado que el Enfermero Registrado responsable de la Delegación de Cuidados de Enfermería (RND, por sus siglas en inglés) sólo delegará a cuidadores capaces y deseosos de realizar correctamente la(s) tarea(s). La delegación de cuidados de enfermería sólo tendrá lugar luego de que el cuidador haya completado la capacitación requerida por el estado (WAC 246-841-405(2)(a)) y la capacitación individualizada por parte del Enfermero Registrado responsable de la Delegación de Cuidados de Enfermería. También comprendo que es posible que la/las siguiente(s) tarea(s) nunca sean delegadas:

- Administración de medicamentos por medio de inyecciones (IM, Subcutánea, IV) **excepto inyecciones de insulina.** ESSHB 2668 (2008) permite específicamente la delegación de inyecciones de insulina.
- Procedimientos estériles.
- Mantenimiento de vía central.
- Actos que requieren del juicio del personal de enfermería

Si se obtiene consentimiento verbal, se requiere el consentimiento por escrito dentro de los 30 días siguientes al 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 encontrado que su condición es estable y predecible. Estoy de acuerdo con proporcionar delegación de cuidados de enfermería según RCW 18.79 y WAC 246-840-910 al 970.

21. NOMBRE DEL RND - EN LETRA IMPRENTA		22. NÚMERO DE TELÉFONO	
23. FIRMA DEL RND		24. FECHA	

Para presentar preocupaciones o quejas acerca de la delegación de cuidados de enfermería, llame al 1-800-562-6078

COPY IN CLIENT CHART AND RND FILE

INSTRUCTIONS – NURSE DELEGATION: CONSENT FOR DELEGATION PROCESS

All fields are required unless indicated “OPTIONAL”.

1. Client Name: Enter ND client's name (last name, first name).
2. Date of Birth: Enter ND client's date of birth (month, day, year).
3. ID Setting: OPTIONAL – Enter client's ID number as assigned by your business OR enter settings “AFH”, “ALF”, DDD Program, “In-home”.
4. Client Address: Enter the address where the client currently resides, including street address, city, state and zip code.
5. Telephone Number: Enter the telephone including area code where the client can be reached.
6. Facility or Program Contact: Enter the name of facility or name of individual to contact at the facility. Enter N/A if client resides in own home.
7. Telephone Number: Enter the telephone number including area code if different from 5. above.
8. Fax Number: Enter the fax number at the facility if available.
9. E-mail Address: Enter e-mail address of client or facility if available.
10. Setting: Check the appropriate box.
11. Client Diagnosis: Enter client's diagnoses that affect the delegated task.
12. Allergies: List known allergies or “N/A” if none.
13. Health Care Provider: Enter name of client's health care provider.
14. Telephone Number: Enter telephone number including area code of provider named in 13.
15. Client or Authorized Representative Signature: Read the statement to the client/authorized representative and explain the nurse delegation process to them before they sign.
16. Telephone Number: Ask them to enter their telephone number if different from 5. above.
17. Date: Date the signature.
18. Verbal Consent Obtained From: Read the statement to the client/authorized representative and explain the nurse delegation process to them before obtaining verbal consent. Print the name. Written consent must be obtained within 30 days of verbal consent.
19. Relationship to Client: Enter the relationship of the person to the client named in 18. above.
20. Date: Date when you obtained verbal consent.
21. PND Name: Print your name.
22. Telephone Number: Enter your telephone number including area code.
23. & 24. RND Signature and Date: Sign and date your signature verifying consent.