

DELEGACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CONSENTIMIENTO PARA 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. IDENTIFICACIÓN/UBICACIÓN (OPCIONAL)
5. DOMICILIO DEL CLIENTE			6. NÚMERO DE TELÉFONO
		CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL	
7. CONTACTO DE LA INSTALACIÓN O PROGRAMA	8. NÚMERO DE TELÉFONO	9. NÚMERO DE FAX	10. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
11. UBICACIÓN	12. DIAGNÓSTICO DEL CLIENTE	13. 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			
14. PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA			15. 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.

16. FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	17. NÚMERO DE TELÉFONO	18. FECHA
19. CONSENTIMIENTO VERBAL OBTENIDO DE	20. PARENTESCO CON EL CLIENTE	21. 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.

22. NOMBRE DEL RND - EN LETRA IMPRENTA	23. NÚMERO DE TELÉFONO
24. FIRMA DEL RND	25. 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