|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Transforming Lives  | DELEGACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:CONSENTIMIENTO PARA PROCESO DE DELEGACIÓNNurse 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 | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | 6. NÚMERO DE TELÉFONO |
| 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 |
| **[ ]**  Programa Residencial comunitario certificado para personas con discapacidades del desarrollo |  |  |
| **[ ]**  Hogar de familia para adultos con licencia  |  |  |
| **[ ]**  Establecimiento de vida asistida con licencia  |  |  |
| **[ ]**  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 ingles) 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