|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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