

사전 의료지 시서

(Advance Health Care Directive)

캘리포니아주

라이프 케어 계획가
치, 선택, 케어

kp.org/lifecareplan

본 문서 작성 시 유의사항

1. 필요한 곳에 서명하고 일자를 기재할 것
2. 증인을 세우거나 공증을 받을 것 의료
대행인(의사결정자)은 증인으로 서명
불가.
3. 사본 1부를 Kaiser Permanente에게, 또
1부를 의료 대행인에게 송부할 것. 원본은
본인이 보관할 것.

사전 의료 지시서 (Advance Health Care Directive)

사전 의료 지시서란? 사전 의료 지시서(Advance Health Care Directive, AHCD)란 위임자가 스스로 의료 관련 결정을 내리지 못하는 상황이 됐을 때 담당 의료진에게 어떻게 할지를 알려주는 법률 문서입니다.

AHCD로 할 수 있는 것

- 위임자가 의료 대행인(의사결정자)을 선택해 본인이 할 수 없을 때 본인 대신 의료 관련 의사결정을 내리게 할 수 있습니다.
- 위임자의 가치와 신념, 의료와 관련해 선호하는 것을 피력할 수 있습니다.

AHCD는 의료 대행인(의사결정자)과 의료진이 위임자에 대한 치료 계획을 세울 때 지침이 됩니다. 단 응급의료 시 응급 의료진에게 원하는 치료를 알려주는 역할은 하지 않습니다.

위임자는 언제든지 새 문서를 작성하여 AHCD에 기재된 선호 항목을 무엇이든 바꿀 수 있습니다. 이 새로운 AHCD는 과거에 작성했던 모든 AHCD를 대체하게 됩니다.

AHCD가 중요한 이유는?

위임자는 본인의 의료에 대해 선호하는 것을 밝힐 권리가 있습니다. 본 문서는 위임자가 본인에게 맞는 의료 서비스를 제공받을 수 있도록 담당 의료 대행인(의사결정자)과 의사에게 지침을 제시합니다.

본 문서는 또 위임자가 삶의 질이 의미하는 바와 본인의 선택이 가족에게 미칠 수 있는 영향에 대해 생각해 보는 계기가 되기도 합니다. **가족과 상의해 본 문서를 작성함으로써 본인이 원하는 바와 원하지 않는 바에 대한 혼동과 의견 충돌을 줄여 나갈 수 있습니다.**

AHCD 대상자는?

만 18세를 지난 건강한 정신의 성인은 누구나 건강 상태와 관계 없이 사전 의료 지시서를 작성할 것을 고려해야 합니다.

기타 참고자료:

라이프 케어 계획

가치, 선택, 케어

kp.org/lifecareplan

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

본 문서의내용

Kaiser Permanente 사전 의료 지시서(AHCD)는 5부로 구성되어 있으며 본 문서에 대한 법적 서류화 방법도 포함하고 있습니다.

본 문서는 원하는 대로 **많게 또는 적게** 작성할 수 있습니다.

어느 한 섹션을 작성하지 않을 경우 해당 페이지에 줄을 긋고 이름 첫 글자를 적어 주십시오. 일부러 공란으로 남겨 두었다는 뜻이 됩니다.

받드시 5부를 작성해야 캘리포니아주에서 본 문서가 효력을 발생합니다.

1부: 담당 의료 대행인(의사결정자) 지정

위임자가 직접 의료 관련 결정을 내릴 수 없을 경우 본인을 대신해 해당 결정을 내릴 사람을 지명할 수 있습니다.

2부: 본인의 가치와 신념

삶의 질과 잘 사는 삶의 의미를 반추해 보는 계기가 됩니다. 이 섹션은 문서의 나머지 부분에 대한 생각을 정리하는데 도움이 되므로 이를 작성할 것을 권해 드립니다.

3부: 본인이 선호하는 의료 선택

상해나 질병으로 인해 본인의 의료 관련 결정을 내릴 수 없을 경우 본인이 선호하는 의료를 문서로 남겨 놓을 수 있습니다..

4부: 사후 처리

장기 기증, 선호하는 장례 등 사후 원하는 바를 알릴 수 있습니다.

5부: 법적 효력 확보

이 부분을 작성함으로써 캘리포니아주에서 본 문서에 대한 법적 효력이 발생합니다.

또한 본 문서에는 Kaiser Permanente 및 다른 기관에게 본인이 선호하는 바를 알릴 수 있는 체크리스트도 들어 있습니다.

본 사전 의료 지시서의 위임자

성명 (Full name)

의료 기록 번호 (Medical Record number)

생년월일 (Date of birth)

우편 주소 (Mailing address)

도시 (City)

주 (State)

우편번호 (Zip code)

주 전화번호 (Primary phone)

부 전화번호 (Secondary phone)

이메일 (Email)

담당 의료 대행인 (의사결정자) 지정

(Choosing My Health Care Agent[s] [Decision Maker])

본인이 스스로 결정을 내리지 못할 경우 대신 의료 관련 결정을 내리도록 본인이 신뢰하는 지명인을 정하는 섹션입니다.

1부

본인의 **의료 대행인**을 지정한다는 것은 이들에게 본인의 가치와 신념을 밝히고 본인이 스스로 결정을 내리지 못할 경우 어떤 치료를 받을지 이들에게 알린다는 의미이기도 합니다.

누구를 의료 대행인으로 지정해야 할까요?

담당 의료 제공자가 본인이 스스로 의료 관련 결정을 내리지 못할 것으로 판단할 경우 본 양식에서 본인이 정한 지명인이 대신 의료 관련 결정을 내리게 됩니다.

담당 의료 대행인(의사결정자)은 본인의 가치와 신념을 고려하여 본인이 선호한다고 밝힌 바 또는 본인에게 최선의 이익이 된다고 판단하는 바에 따라 본인을 대신해 의료 관련 결정을 내릴 것입니다.

주의: 대행인과 본인이 중요하게 여기는 바를 협의하고 이 역할 수행이 가능한지에 대해 확인하십시오 가까운 지인들에게 대행인 지정 사실을 알리십시오.

의료 대행인을 지정할 때에는 본인에게 중요하고 또 힘든 상황에서 어려운 결정을 내릴 능력이 있는 사람을 선택해야 합니다. 법적으로 담당 의사나 담당 의료진의 일원으로 본인의 치료에 관여하는 의료인은 대행인이 될 수 없습니다.

의료 상황을 일일이 다 예상할 수는 없습니다. 대행인은 의료진이 전해 주는 정보에 따라 실시간으로 결정을 내려야 합니다. 원하는 치료와 그렇지 않은 치료에 관해 대행인과 상의함으로써 두 사람 모두 이해한 바를 공유하고 마음의 안정을 찾게 됩니다.

배우자나 가족이 최선의 선택일 경우가 있지만 **그렇지 않을** 경우도 있습니다. 그것은 위임자 본인이 제일 잘 압니다.

좋은 의료 대행인은 다음과 같습니다.

- 담당 의료 대행인이 될 의사가 있으며 적절한 수준의 도움 제공 가능
- 본인의 가치와 신념에 대한 이해
- 자신이 선호하는 바와 다른 경우에도 기꺼이 본인이 선호하는 바를 존중하고 이를 대변
- 통념이나 가족의 바람에서 벗어나더라도 본인을 대신해 주저없이 질문하고 대변
- 스트레스를 받는 상황에서도 결정을 내릴 수 있는 능력
- 시간이 지나도 본인이 선호하는 바를 거듭 확인

주의: 의료 대행인은 비상 연락처로 선택한 사람과 **같거나 다를** 수 있습니다.

본 양식으로 담당 대행인에게 재정 또는 기타 사업 관련 결정을 내릴 권한을 부여하는 것은 아닙니다.

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

대행인과 이
업무에서 맡게 되는
책임의 범위를
협의하십시오.
협의할 때 2부에
나오는 질문을
참조하면 좋습니다.

의료 대행인은 본인이 스스로 의료 관련 결정을 내리지 못하는 경우 본인의 의료 관련 결정을 모두 내릴 수 있습니다. **본인이 대행인의 권한을 제한하지 않는 한 대행인은 본인을 대신해 다음과 같이 결정할 수 있습니다.**

- 투약과 시험, 치료를 **수락하거나 거부함** 의료 제공자를 선택 또는 변경하고 진료를 받을 곳을 결정함
- **본인을 살리기 위한** 모든 유형의 생명 유지장치를 시작하거나 시작하지 않거나 중단함
- 본인의 사후 신체 처리(부검, 장기 기증, 나머지 부분의 처리 포함)를 준비하고 관련 사항을 결정함

주 의료 대행인의 지정.

본인은 아래 사람을 본인의 주(메인) 의료 대행인으로 지정합니다. 본인이 스스로 의료 관련 결정을 내리지 경우 대행인이 본인을 대신해 의료 결정을 내릴 것입니다.

주 의료 대행인 (My Primary [main] health care agent):

이름 (Full name)

관계 (Relationship)

우편 주소 (Mailing address)

도시 (City)

주 (State)

우편번호 (Zip code)

주 전화번호 (Primary phone)

부 전화번호 (Secondary phone)

이메일 (Email)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

본인 의료 대행인의 권한은 본인이 스스로 의료 관련 결정을 내릴 수 없다고 담당 의사가 판단하면 발효됩니다.

다음 중 하나에 "X" 표시 하십시오 (Please mark an "X" to select one of the following).

- 본인이 **더 이상** 스스로 결정을 내리지 못할 경우 본인 대행인이 역할을 개시한다는 점을 이해하며 이를 받아들입니다. 또한 (I understand and accept that my agent will become active when I can **no longer** make my own decisions, OR)
- 현재 본인에게 자신의 의사결정 능력이 있으나 **즉시** 본인 대행인이 본인을 대신해 결정을 내려주기를 원합니다 (I prefer that my agent make decisions on my behalf **immediately**, even though I am currently able to make my own decisions).

주의: 대행인이 배우자이거나 동거인일 경우 혼인 또는 동거 관계가 끝나거나 무효가 되거나 파탄에 이르면 지정은 취소됩니다 (**Note:** If your agent is a spouse or domestic partner, the agent designation is revoked in the event of a dissolution, annulment, or termination of the marriage or domestic partnership).

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

**제1, 제2 대체 의료
대행인.**

본인의 주 의료 대행인이 본인을 대신해 의료 관련 결정을 내릴 의사, 능력 또는 적절한 수준의 관여가 어려울 경우를 대비해 다음과 같이 본인의 제1 대체 대행인과 제2 대체 대행인을 지정합니다.

본 란은
권장하지만
선택사항입니다.
마땅한 사람이
없다면
건너뛰십시오.

제1 대체 의료 대행인 (First Alternate health care agent):

이름 (Full name)

관계 (Relationship)

우편 주소 (Mailing address)

도시 (City)

주 (State)

우편번호 (Zip code)

주 전화번호 (Primary phone)

부 전화번호 (Secondary phone)

이메일 (Email)

제2 대체 의료 대행인 (Second Alternate health care agent):

이름 (Full name)

관계 (Relationship)

우편 주소 (Mailing address)

도시 (City)

주 (State)

우편번호 (Zip code)

주 전화번호 (Primary phone)

부 전화번호 (Secondary phone)

이메일 (Email)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

**의료 대행인의
제한사항**

의료 대행인의 권한을 제한하고 싶다면 의료인에게 말하고 **싶지 않은** 의료 관련 결정을 아래에 기재하겠습니다.

(If I wish to limit my health care agent's authority, I will write below what health care decisions **I DO NOT** want my agent to make)

옆의 두 항목에
대해 딱히
떠오르는 사항이
없다면 건너뛰어도
됩니다.

또한 본인의 의료 관련 결정을 맡기고 **싶지 않은** 사람이 있다면 아래에 이름을 적겠습니다.

(I will also write below the names of any individuals, if any, who **I DO NOT** want to make health care decisions for me)

본인의 가치와 신념 (My Values & Beliefs)

본 섹션을 통해 삶의 질과 잘 산다는 것의 의미에 대해 생각해 볼 수 있습니다. 본 문서의 나머지 부분에 대한 응답에 토대가 됩니다.

2부

본인의 가치와 신념

란을 작성함으로써 인생에서 가장 중요한 것을 적어 볼 수 있습니다. 본 문서의 3부 에 대한 생각을 정리하는 데 유용하므로 충분한 시간을 갖고 본 질문에 답하십시오.

본인의 정체성에 맞는 의료에 대해 미리 결정할 수 있으려면 본인에게 가장 중요한 부분에 대해 이해하고 생각해 봐야 합니다. 또 본인의 의료 대행인(의사결정자)도 본인의 가치관과 본인이 가장 중요하게 여기는 것을 알고 있어야 합니다.

인생에서 가장 중요한 것, 잘 산다는 것의 의미, 본인이 중시하는 능력 등 내 자신에 관해 몇 가지를 밝히고자 합니다. 또한 본인의 신념이 해당 의료에 어떻게 영향을 미칠 수 있는지도 밝히고자 합니다 (I will share some things about myself, such as what is most important in my life, what living well means to me, and what abilities I value. I will also share how my belief system may influence my health care).

해당 사항을 모두 체크하고 아래 빈 칸에 내용을 설명하십시오.
(Check all that apply and use the space below to describe more)

1. 잘 살기 위해서 내게 특히 중요한 것은 다음과 같습니다 (For me to live well, the following matter most to me).

- 가족들과 시간을 보내고 유대감을 쌓는 것
(Spending time and connecting with loved ones)
- 내 스스로 결정을 내리는 것 (Making my own decisions)
- 의미 있는 의사소통을 하는 것 (Communicating meaningfully)
- 몸을 활발히 움직이는 것 (Being physically active)
- 친구와 가족을 알아보는 것 (Recognizing friends and family)
- 사회활동을 하는 것 (Being socially active)
- 혼자 힘으로 사는 것 (Living independently)
- 남의 도움 없이 혼자 식사하는 것 (Feeding myself without assistance)
- 위생(목욕, 옷 입기)을 스스로 챙기는 것
(Taking care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- 내 집에서 사는 것 (Living in my home)
- 일하기 및/또는 자원봉사 (Working and/or volunteering)
- 취미나 관심사에 참여하는 것 (Participating in hobbies or interests)
- 영적인 믿음 및/또는 종교를 기리는 것
(Honoring my spiritual beliefs and/or religion)
- 기타 (아래에 적어 주십시오) (Other [say more below])

그 밖에 중요한 것 (It also matters to me that...)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

2. 질문 1에서 한 선택이 본인에게 중요한 이유는 다음과 같습니다. 그 외에 본인에게 삶의 의미를 더해주는 것은 무엇인지 생각을 추가로 밝히고자 합니다. (This is WHY the choices I made in Question 1 matter to me. I will also share additional thoughts about what brings meaning to my life.)

가장 가치 있게 여기는 점에 관해 생각해 보십시오. 삶의 질이란 무슨 의미입니까? 거창한 질문으로 보일 수 있으나 여러분은 이미 생각보다 많이 알고 있습니다.

위임자에게 중요한 이유는? (*Why are these important to you?*)

본인과 관련이 있을 때에만 기재하십시오.

3. 본인의 문화와 정신세계, 종교 및/또는 신념체계가 본인의 의료 관련 결정에 어떻게 영향을 미칠까요? 이는 본인에게 얼마나 중요할까요? (How does my culture, spirituality, religion, and/or belief system influence my health care decisions? How important is this to me?)

나에게 중요한 부분은... (*It is important to me that...*)

내가 원하는 의료 방식 지정 (Choosing My Health Care Preferences)

이 섹션과 **2부: 본인의 가치와 신념**에서는 본인이 스스로 의료 관련 결정을 내리지 못하고 **또한** 본인을 살려 두기 위해 연명 치료가 필요한 경우 **담당 의사와 의료 대행인**이 본인의 의료 결정을 내려야 할 때 지침으로 활용하도록 본인이 선호하는 바를 설명합니다.

3부

본인이 원하는 의료 방식을 지정하는 것이 불편하게 느껴질 수도 있지만, 이것이 어려울 경우를 대비해 건강할 때 본인의 뜻을 밝힐 수 있습니다.

본 문서는 본인이 원하는 의료 방식을 기술하고 있습니다.

본인이 의료 결정을 내리지 못하고 본인을 살려 두기 위해 연명 치료가 필요할 경우 본인의 의료 대행인은 아래와 같이 의료 방식을 지정할 것입니다.

결정은 본인의 가치와 신념, 본인이 원하는 의료 방식, 결정을 내려야 할 당시의 의학적 상태를 고려해 담당 의사 및 의료진과 함께 내릴 것입니다.

주의: 본 지시서에 본인이 원하는 의료 방식을 문서로 밝혀 두면 담당 의료 대행인과 의사가 추측, 가정하거나 기억에 의존하지 않고 여기에 기재한 내용을 근거로 결정을 내릴 수 있습니다. 본인이 원하는 것과 본인의 가치, 신념을 담당 의료 대행인 및 의사와 상의하십시오.

연명 치료란?

본인을 살려 두기 위해 사용할 수도 있는 시술이나 기기, 약물은 모두 연명 치료에 속합니다.

연명 치료는 효과가 있을 수도 있고 없을 수도 있으며 기저 질환이나 질병의 원인을 치료하는 것이 아닙니다.

연명 치료의 예는 다음과 같습니다.

- **심폐소생술(Cardiopulmonary Resuscitation, CPR):** 심장과 호흡이 멈췄을 때 가슴을 압박해 심장을 다시 뛰게 하려는 처치.
- **인공호흡기:** 폐가 기능하지 않을 때 숨을 쉬도록 만들어 주는 기계. 입을 통하거나 목을 절개해 기도에 관을 삽입합니다. 이 관을 기계와 연결합니다.
- **경관 영양:** 인공 영양이라고도 하며 몸에 액상 음식(영양분)을 넣어 주는 의학적 처치를 말합니다. 입으로 제대로 먹지 못하거나 삼키지 못하는 사람에게 시술합니다.
- **인공투석:** 신장이 제기능을 못 할 때 혈액에서 노폐물을 걸러내는 장치.
- **치료 목적의 수혈 또는 혈액 제제 투입:** 팔의 정맥에 가는 관을 삽입하고 그것을 통해 혈액이나 혈액 제제를 투입하는 시술.

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

위임자 본인의
가치관과 원하는
의료 방식을
대행인에게
밝히십시오. 왜
그런 선택이
중요한지 얘기
하고 대행인이
원하는 것과
다를지라도
위임자의 의견을
존중하게
하십시오.

연명 치료에 대해 알았다면 다음 사항도 고려해야 합니다 (해당하는 사항을 원하는 만큼 선택하십시오).

**A. 내가 다음과 같은 상황이 되면 연명 치료를 거부하거나 중단하겠습니다
(I would decline or stop life sustaining interventions if I was not able to).**

- 스스로 결정을 내리지 못 함 (Make my own decisions)
- 의미 있는 의사소통을 하지 못 함 (Communicate meaningfully)
- 친구와 가족을 알아보지 못 함 (Recognize friends and family)
- 남의 도움이나 경관 영양 없이는 식사가 어려움
(Feed myself without assistance or tube feeding)
- 개인 위생(목욕, 옷 입기)을 스스로 챙기지 못 함
(Take care of my personal hygiene [bathing, dressing myself])
- 지역 사회에 참여하지 못 함 (Engage with the community)

선호하는 의료 방식을 선택할 때 상기 답변 내용에 근거하여 다음 사항도 고려하십시오.

본인의 의료 대행인에게 의료 관련 결정을 위임하는 것은 본인이 심각한 의료 사고나 질병, 상해 때문에 스스로 결정을 내리지 못하고 본인을 살리기 위한 연명 치료가 필요하게 될 때를 대비하기 위해서입니다. 연명 치료란 CPR, 인공호흡기, 경관 영양, 인공투석, 수혈, 혈액 제제 등을 말합니다.

(My health care agent is being asked to make medical decisions for me because a serious medical event, illness, or injury has left me unable to make my own decisions and life sustaining interventions are needed to keep me alive. Life sustaining interventions include: CPR, ventilator, tube feeding, dialysis, blood transfusions or blood products, etc.).

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

해당 상황에서
본인이나 가족을
알아보지 못할
수도 있습니다.
의사가 대행인 및/
또는 가족에게
제기능을
회복하기가
어렵다고
말했습니다.

B. 본인은 진행성 치매가 왔거나 회복 가능성이 낮은 심각한 뇌 손상이 있는 상태입니다. 내가 원하는 대로 몸이 움직이지 않습니다. (I have advanced dementia or severe brain damage that is not expected to get better. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

본인의 가치관과 신념에 따라 (Based on my values and beliefs):

..... **본인은 그 어떤 연명 치료도 받지 않겠습니다.** 본인은 연명 치료를 멈추겠으며 이를 시작하지 않겠습니다 (**I do not want any life-sustaining interventions.** I would either stop or not start life sustaining interventions.).

..... **본인은 의학적으로 적절하다면 연명 치료를 시작하거나 계속하겠습니다 (I would want life-sustaining interventions to start or continue,** as long as medically appropriate.).

..... **본인은 의학적으로 적절하다면 제한적으로 연명 치료를 해 보겠습니다.** 통상적으로 해당 기간은 2주 이내입니다 (**I want a limited trial of life-sustaining interventions,** as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.).

연명 치료를 시도하고자 하는 이유 (*My preferences for a trial period are...because...*)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

여기서 심각한
진행성 질병이란
심장, 신장, 폐 관련
질환을 말합니다.

C. 본인은 말기에 다가가는 심각한 진행성 질병에 걸렸습니다. 내가 원하는 대로 몸이 움직이지 않습니다. (I have a serious, progressing illness that is nearing its final stage. I am not able to function in a way that is acceptable to me.)

본인의 가치관과 신념에 따라 (Based on my values and beliefs):

..... **본인은 그 어떤 연명 치료도 받지 않겠습니다. 본인은 연명 치료를 멈추겠으며 이를 시작하지 않겠습니다. (I do not want any life-sustaining interventions. I would either stop or not start life sustaining interventions.)**

..... **본인은 의학적으로 적절하다면 연명 치료를 시작하거나 계속하겠습니다. (I would want life-sustaining interventions to start or continue, as long as medically appropriate.)**

..... **본인은 의학적으로 적절하다면 제한적으로 연명 치료를 해 보겠습니다. 통상적으로 해당 기간은 2주 이내입니다. (I want a limited trial of life-sustaining interventions, as long as medically appropriate. Typically, a trial is less than two weeks.)**

연명 치료를 시도하고자 하는 이유 (*My preferences for a trial period are...because...*)

본인과 관련이 있을
때에만 기재하십시오.

추가로 원하는 의료가 있거나, 본인의 문화나 종교, 개인 신념 때문에 연명 치료를 제한하고 싶다면 아래에 그 제한 내용을 기재하겠습니다. (If I want to add any additional health care preferences, or if I wish to limit any life sustaining interventions because of my cultural, religious, or personal beliefs, I will write these limitation(s) in the space below.)

제한 내용과 그 이유 (*I want...because...*)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

[선택 사항] 특정된
치료를 거부할 결정.

치료 목적의 수혈이나 혈액 제제 투입을 거부하고자 하는 경우 아래에 본인 이름의 머릿글자를 기재하십시오. (둘 중 해당하는 것을 선택하십시오.) (**Initial below** if you want to decline blood transfusions or blood products for treatment [select the option that is true for you.]

..... **본인은 수혈이나 혈액 제제를 거부하며 Kaiser Permanente 혈액 신고서 양식을 작성하겠습니다. (I DECLINE blood transfusions or blood products and will fill out the Kaiser Permanente Blood Declaration form).**

..... **수혈이나 혈액 제제를 거부하며 Kaiser Permanente 혈액 신고서 양식을 이미 작성했습니다. (I DECLINE blood transfusions or blood products and I have completed a Kaiser Permanente Blood Declaration form.)**

다른 양식이
필요한가요?

말기에 다가가는 심각한 진행성 질병이 있을 경우 담당 의사 또는 의료 대행인과 연명 치료 의사 명령서(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) 작성을 상의해 보시기 바랍니다.

사후 처리

이 섹션에서는 사망 후 위임자 본인의 사체를 처리하는 방식과 장례, 추모 또는 매장 방식을 지정할 수 있습니다. 장기 기증에 관한 사항도 지정할 수 있습니다.

4부

사후 처리 방식을

밝혀 두기가
거북할 수도
있지만 유족이
슬픔에 젖어
경황이 없을 때
고인의 유지를
따를 수 있어
좋습니다.

사후 처리 방식을 문서로 밝혀 두면 가까운 사람들이 고인의 유지를 확인할 수 있어 좋습니다. 시간을 들여 천천히 생각해 보십시오. 2부: 본인의 가치와 신념의 내용을 다시 살펴봐도 좋습니다.

유의사항: 투병 중이거나 모두 답변할 수 없을 경우 알고 있는 것만 적고 건너뛰어도 됩니다.

1. 본인 사망 시 유족이 나를 위해 다음과 같이 해 주면 좋겠습니다. (장례, 위로, 조문객, 음악, 음식, 애완동물 등). (If I am at the end of my life, I want my loved ones to know that I would like the following around me [for example, rituals, spiritual support, people, music, food, pets, etc.]

본인의 선호 사항... (My preferences are...)

그 외에 앞서
준비해 둔 것
(영안실, 묘지,
실습용 신체 기증)
이 있다면 함께
적어 주십시오.

2. 본인 사망 후 본인의 사체는 다음과 같이 처리해 주십시오(장례, 추도, 매장 또는 기타 종교/영적인 전통 등). (After death, my preferences for how I want my body to be treated [funeral, memorial, burial, or any other religious or spiritual traditions] are listed below.)

본인의 선호 사항... (My preferences are...)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

장기, 조직 및/또는 신체
부위 기증 관련 사항

장기 기증과 관련해 **한가지**를 선택하십시오.

3. 본인 사망 시 장기나 조직 및/또는 신체 부위를 기증하고 싶습니다.

(Upon my death, I want to donate my organs, tissues, and/or body parts.)

예 (Yes)

위 상자에 체크함으로써 **3부: 임종 시 본인이 원하는 의료 방식**에서 본인이 내린 선택과 무관하게 본인은 해당 의료 대행인이 기증 목적으로 본인의 장기나 조직, 기타 신체 부위를 검사하거나 유지하기 위한 임시 의학 시술에 동의할 것을 승인합니다. (By checking the box above, and regardless of my choice in **Part 3: Choosing My Health Care Preferences for End of Life**, I authorize my health care agent to consent to any temporary medical procedure necessary solely to evaluate and/or maintain my organs, tissues, and/or body parts for purposes of donation.)

해당 사항을 **모두** 선택하십시오. (Choose **as many** options as applies):

다음 목적으로 본인의 장기나 조직, 신체 부위를 기증하고 싶습니다. (I want to donate my organs, tissues, and/or body parts for the following purposes)

- 이식 (Transplant)
- 치료 (Therapy)
- 연구 (Research)
- 교육 (Education)

본인의 장기, 조직 및/또는 신체 부위를 다음 목적에 한해 기증하고 싶습니다. (I want to restrict my donation of organs, tissues, and/or body parts as indicated below):

지정 목적 (*I would like to restrict...*)

아니요 (No)

모르겠음 (I'm not sure)

이 부분을 공란으로 둔다고 하여 내 장기, 조직 및/또는 신체 부위의 기증을 거절한다는 의미는 아닙니다. 주에서 허가한 기증자 등록 내용에 따르고, 그것이 없다면 본인 사후에 1부에서 본인이 지정한 법정 의사결정자의 결정에 따르며 됩니다. 지정된 의료 대행인이 없다면 본인은 캘리포니아 법에 따라 허가 받은 사람에게 결정을 맡기겠습니다.

(If I leave this part blank, it is not a refusal to donate my organs, tissues, and/or body parts. My state-authorized donor registration should be followed, or, if none, my legally recognized decision maker listed in Part 1 may make a donation upon my death. If no health care agent is named, I acknowledge that California law permits an authorized individual to make such a decision on my behalf.)

본 문서의 법적 효력 확보 (Making This Document Legally Valid)

이 섹션은 캘리포니아주에서 사전 의료 지시서의 법적 효력을 확보하기 위해 필요한 것입니다. 법적으로 효력이 있으려면 (1) 위임자 본인의 서명 그리고 (2) 증인 2인의 서명 또는 공증이 필요합니다.

5부

아래 법적 요건을 충족하면 본 AHCD에 기재하는 사항과 의견이 모두 효력을 지니게 됩니다. 추후 바꾸고 싶은 것이 있다면 AHCD를 새로 작성하면 됩니다.

본 페이지 하단에 서명하고 다음 중 하나를 선택해야 본 문서가 캘리포니아주에서 법적 효력을 갖게 됩니다.

증인 2인

- 증인 중 한 명은 위임자의 친족(혈연이나 혼인, 입양을 통해 성립)이 아니고 위임자의 상속재산에 대해 어떤 권리도 없어야 합니다.
- 주 대행인과 대체 대행인 (의사결정자)은 증인으로서 서명할 수 없습니다.
- 담당 의료 제공자 또는 해당 의료 제공자의 직원은 증인으로서 서명할 수 없습니다.
- 증인과 함께 있을 때 서명을 하거나 서명을 확인하십시오.
- 증인의 서명란은 18페이지에 있습니다.

또는

공증인

- 공증인이 없는 자리에서는 본 문서에 서명하지 **마십시오**.
- 공증인 서명란은 20페이지에 있습니다.

이 란에 서명하십시오.

아직 더 남았습니다! 본 문서가 캘리포니아에서 법적 효력을 지니기 위해서는 본 서류에 대한 증인 또는 공증도 필요합니다.

본인 서명 (My Signature)

본인 정자체 성명 (My name printed)

[Blank space for printed name]

본인 서명 (My signature)

[Blank space for signature]

일자 (Date)

[Blank space for date]

위임자의 신체 상태로 인해 서명이 어려운 경우 서명 대신 아무 표시나 해도 됩니다. (If you are physically unable to sign, any mark you make that you intend to be your signature is acceptable.)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

증인 2인
지정

본 문서가 캘리포니아에서 법적 효력을 발휘하도록 **본인은 증인 2인을 지정합니다.**

증인 진술: 본인은 다음과 같이 확인하며 위증 시 캘리포니아 법에 따른 처벌을 받겠습니다. (1) 본 사전 의료 지시서에 서명하거나 확인한 자는 본인이 개인적으로 아는 사람이거나 신빙성 있는 증거로써 본인이 신원을 입증한 사람입니다. (2) 그 사람은 본인이 있는 자리에서 본 사전 의료 지시서에 서명을 했거나 확인을 했습니다. (3) 그 사람은 정신이 온전해 보였으며 압박을 받거나 사기를 당하거나 부당한 압력을 받는 것 같지 않았습니다. (4) 본인은 본 사전 의료 지시서에서 대행인으로 지정된 자가 아닙니다. (5) 본인은 그 사람의 담당 의료 제공자나 담당 의료 제공자의 피고용인, 지역 요양 시설 운영자, 해당 시설의 피고용인, 노인 재가 요양 시설의 운영자 또는 해당 시설의 피고용인이 아닙니다.

증인 1 서명

증인 1 (Witness number one):

성명 (Name)

주소 (Address)

서명 (Signature)

일자 (Date)

주의: 의료 대행인
은 증인이 될 수
없습니다.

증인 2 서명

증인 2 (Witness number two)

성명 (Name)

주소 (Address)

서명 (Signature)

일자 (Date)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

법에 따라 증인 중 한 명은 위임자의 친족이 아니어야 합니다.

증인 추가 진술: 위 증인 중에서 적어도 한 명은 다음 진술에도 서명해야 합니다: **본인은 다음과 같이 확인하며 위증 시 캘리포니아 법에 따른 처벌을 받겠습니다.** 본인은 본 사전 의료 지시서를 작성하는 사람의 친족(혈연이나 혼인, 입양을 통해 성립한 친족)이 아니며, 또한 내가 알고 있는 한 그 사람의 사후에 기존 유언장이나 법률 적용에 의해 그 사람의 상속 재산에 대해 발생하는 권리가 없습니다 **(Additional Statement of Witnesses:** At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: **I further declare under penalty of perjury under the laws of California** that I am not related to the individual executing this Advance Health Care Directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.)

서명 (Signature)

일자 (Date)

본인과 관련이 있을 때에만 기재하십시오.

증인 특별 요건

위임자가 전문 간호 시설에 있는 환자라면 환자 대변인 또는 옴부즈맨이 아래 진술에 서명을 해야 합니다.

(Special Witness Requirement

If you are a patient in a skilled nursing facility, the patient advocate or ombudsman must sign the following statement.)

환자 대변인 또는 옴부즈맨의 진술: 본인은 다음과 같이 확인하며 위증 시 캘리포니아 법에 따른 처벌을 받겠습니다. 본인은 주 노화부 에서 지명한 환자 대변인 또는 옴부즈맨이며 캘리포니아 상속법 4675절에 따라 증인의 역할을 수행하고 있습니다. **(STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:**

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or an ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the California Probate Code.)

서명 (Signature)

일자 (Date)

성명 (Full Name): _____

의료 기록 번호 (Medical Record #): _____

공증인
지정.

본인은 두 증인 대신 공증인을 지정합니다.

ACKNOWLEDGMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of California,

County of _____

On _____

before me, _____

(insert name and title of the officer)

personally appeared _____

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature _____

(Seal)

수고하셨습니다!
거의 다
끝났습니다.
작성을 마치기까지
하지만 더 하면
됩니다.

다음 단계 (Next Steps)

사전 의료 지시서 (AHCD) 작성이 끝났습니다. 아래 체크리스트를 통해 나머지 단계에 대해 끝까지 확인해 주십시오.

□ AHCD 사본 보낼 곳

- **의료 대행인**(의사결정자)과 대체 대행인 대상
- **예정된 다음 예약 시 지참하거나**

사본을 Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805 로 우편으로 보내거나

이메일 SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org 로 전송하십시오.

- **원본**은 위임자 본인이 보관하십시오.

□ AHCD 협의

- **위임자의 가치관 신념, 원하는 의료 방식에 관해 의료 대행인(의사결정자)과의** 견을 나누십시오. 의견을 나눌 때 AHCD를 참고하여 대행인이 본 역할수행에 대한 감당할 수 있는지 확인하십시오.
- **사랑하는 사람, 가족 및/또는 가까운 친구에게** 의료 대행인 지정 사실과 원하는 의료 방식, 그 이유를 알리십시오.

□ AHCD 지참

- 병원이나 요양시설로 가게 되면 AHCD 한 부를 지참하여 의무 기록에 반영하게 하십시오.

□ AHCD 정기 검토

다음 중 한 가지 상황이 벌어지면 AHCD를 검토하십시오.

10년 - 새로운 10년을 시작할 때.

사망 - 사랑하는 사람이 세상을 떠났을 때

이혼/결혼 - 위임자 본인이 이혼이나 결혼하거나 가족에 중대한 변화가 있을 때

진단 - 본인에게 심각한 질환이 있다는 진단을 받았을 때.

저하 - 본인의 기존 건강 상태가 현저히 저하되거나 악화했을 때, 특히 혼자 힘으로 살아갈 수 없을 때.

유의사항: AHCD에 기재한 내용은 언제든지 취소하거나 변경할 수 있습니다.

삶이나 건강은 변하기 마련이므로 의료 대행인(의사 결정자)과 원하는 의료 방식을 바꿀 수 있습니다. 변경 시 반드시 서면으로 처리한 후 서명해야 하며 의료 제공자에게 직접 고지해도 됩니다.



본 정보는 건강 문제를 진단하거나 또는 담당 의사나 의료 제공자가 제공하는 의학적 조언이나 치료를 대신하기 위한 의도로 제공되는 것이 아닙니다. 지속적으로 건강에 문제가 있거나 다른 문의 사항이 있을 경우 담당 의사와 상담하십시오.

KPIT Innovation 팀인 Spark와 지역 라이프 케어 계획팀이 협력하여 개발하였습니다. Bioethics, SCPMG Legal 및 문서 작성에 도움을 주신 분께 감사드립니다.

© Southern California Permanente Medical Group.

판권소유.

SCAL-LCP 032K (07/21)

kp.org/lifecareplan