

사전의료의향서 - 캘리포니아



단계 1: 귀하의 의료 대리인을 선택하세요.

자신이 결정을 할 수 없을 때 대신 의료 선택을 해 줄 수 있는 신뢰하는 사람을 지명하십시오. 귀하의 가족과 친지 등 귀하의 삶 속에 있는 사람들을 고려해 보십시오. 귀하의 의료 대리인이 될 사람을 선정하십시오. 그 사람에게 귀하의 의료 대리인이 되어 줄 수 있는지 물어보십시오.

다음의 사항에 해당되는 가족이나 친지를 선택하십시오.

- 귀하를 잘 아는 18세 이상의 성인
- 귀하의 대리인 역할을 맡을 의향이 있는 사람
- 귀하의 바라는 사항에 따라 어려운 결정을 내릴 수 있는 사람
- 본 자료집에 제공된 귀하의 정보를 의료인과 가족 인원들에게 확실히 전달할 사람

귀하의 의료 대리인은 다음을 행할 수 있습니다.

- 귀하가 진료를 어디에서 받는지 결정
- 의료진 선정 또는 배제
- 약물, 검사, 치료에 대한 대답(동의 또는 거부)
- 귀하의 사망 후 귀하의 신체와 기관에 대한 결정
- 귀하의 바라는 사항을 이행하는 데 필요한 법적 조치

귀하의 담당의사나 귀하가 진료를 받고 있는 병원이나 진료소 직원은 귀하의 가족이 아닌 한 대리인이 될 수 **없습니다**.

귀하의 의료 대리인을 지명하십시오.

1) 내가 스스로 의사결정을 할 수 없을 경우, 이 사람이 나의 의료 결정을 내리기 원합니다.

이름	성	관계
집/휴대폰 전화번호	직장 전화번호	이메일
주소	City(시)	State(주) ZIP code(우편번호)

일차 지명인이 나의 의료 결정을 내릴 수 없을 경우, 다음의 이 사람이 내리기 원합니다.

이름	성	관계
집/휴대폰 전화번호	직장 전화번호	이메일
주소	City(시)	State(주) ZIP code(우편번호)

2) 귀하가 동의하는 문장 옆에 x로 표시하십시오.

나의 의료 대리인은 **오로지** 내가 스스로 의사결정을 할 수 없게 되었을 경우에 한하여 나를 대신하여 결정을 내려 줄 것입니다.

또는

나의 의료 대리인은 내가 본 양식에 서명한 **직후부터** 나를 대신하여 결정을 내려 줄 수 있습니다.

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)	생년월일
<small>본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 캘리포니아 통일 의료 결정법의 제1 및 2장의 적용 항목을 준수합니다 (캘리포니아 프로베이트 코드 섹션 4670 - 4701).</small>	

사전의료의향서 - 캘리포니아



단계 2: 귀하의 의료 선택을 하세요.

귀하의 삶의 살 가치는 무엇에 있습니까?

1) 나의 삶은(A 또는 B 중 하나를 선택):

A) 내가 얼마나 아프지에 상관 없이 항상 가치가 있습니다

B) 다음의 경우에 한하여 삶의 살 가치가 있습니다(귀하에게 해당되는 것 모두 표시):

- 가족과 친지들과 말을 할 수 있다
- 혼수상태에서 깨어 날 수 있다
- 내가 스스로 먹고, 씻고 또는 관리할 수 있다
- 통증으로부터 자유로울 수 있다
- 기기에 연결되지 않고 생활할 수 있다
- 잘 모르겠다

2) 내가 죽는다면 다음의 사항이 중요합니다(하나를 선택):

- 집에 있는 것
- 병원이나 다른 요양원에 있는 것
- 내가 어디에서 관리를 받든 중요하지 않습니다

종교 또는 신앙

1) 종교 또는 신앙이 귀하에게 중요합니까?

예 아니요

2) 종교적 또는 신앙적 관례가 있습니까? 그렇다면, 무엇입니까?

3) 귀하의 종교 또는 신앙에 대해 귀하의 담당의사가 알고 있어야 할 사항을 무엇입니까?

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)

생년월일

단계 2: 귀하의 의료 선택을 하세요. (계속)

생명 유지 장치

귀하의 생명을 유지하기 위해 생명 유지 절차가 사용될 수 있습니다. 이에 포함된 것은:

CPR 또는 심폐소생술 - 이는 다음을 포함할 수 있습니다.

- 귀하의 혈액 펌핑을 유지하기 위해 귀하의 가슴을 강하게 압박한다
- 귀하의 심장을 전기 충격으로 소생시킨다
- 귀하의 정맥으로 투약한다



호흡 기계 또는 환기기 - 이 기계는 귀하의 폐로 공기를 공급하고 귀하의 인두 삽관을 통해 호흡을 시켜줍니다. 이 기계에 연결되었을 때에는 말을 할 수 없고 음식을 먹을 수 없습니다.



투석 - 이 기계는 귀하의 신장이 제 기능을 하지 못 할 경우 귀하의 혈액을 세척해 줍니다.

급식관 - 이 관은 귀하가 음식물을 삼킬 수 없을 경우, 음식을 귀하의 몸에 공급합니다. 급식관은 귀하의 인두를 통해 위 안으로 삽입됩니다. 급식관은 외과적으로도 위치시킬 수 있습니다.



수혈 - 이는 귀하의 정맥에 혈액을 넣습니다.

수술 및/또는 약물

귀하가 가장 많이 동의하는 한 문장 옆에 X로 표시하십시오.

내가 심하게 아파 곧 죽을 수 있을 경우:

도움이 될 수 있다고 담당의사가 생각하는 모든 생명 유지 치료를 시도해 주십시오. 치료의 효과가 없고 호전될 가망이 거의 없을 경우, 다음의 상황에도 불구하고 **생명 유지 장치에 계속 연결되어 있고 싶습니다.**
고통을 받고 있음.

나의 담당의사가 도움이 될 수 있다고 생각하는 모든 생명 유지 치료를 시도해 주십시오. 치료의 효과가 없고 호전될 가망이 거의 없을 경우, **생명 유지 장치에 계속 연결되어 있고 싶지 않습니다.** 내가 고통을 받고 있다면, 온화하게 죽을 수 있도록 생명 유지 치료를 중단하기 원합니다.

나는 **생명 유지 치료를 원치 않습니다.** 나의 편안함에 전념을 다하고 싶습니다. 자연사를 선호합니다.

나의 **의료 대리인**이 결정하기 원합니다.

무엇을 하기 원하는지 잘 모르겠습니다.

--	--

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)

생년월일

사전의료의향서 - 캘리포니아



단계 2: 귀하의 의료 선택을 하세요. (계속)

귀하의 장기 기증

귀하의 사망 후 장기 기증과 부검에 관하여 담당의사가 귀하와 상담할 수 있습니다. 귀하의 장기를 기증하면 생명을 구하는 데 도울 수 있습니다. 귀하가 가장 많이 동의하는 **한** 문장 옆에 **x**로 표시하십시오.

나의 장기를 기증하기 **원합니다**.

사용 가능할 수 있는 모든 장기.

특정 장기에 한함(기증하고 싶은 장기 또는 조직을 기재하십시오).

나의 장기를 기증하고 싶지 **않습니다**.

나의 **의료 대리인**이 결정해 주길
원합니다.

무엇을 하기 원하는지 잘 모르겠습니다.

부검

사망 후 왜 사망했는지 알아보기 위해 부검이 실행될 수 있습니다. 외과적 시술입니다. 며칠 걸릴 수 있습니다. 어떤 경우에는 법에 의해 요구될 수 있습니다. 귀하가 가장 많이 동의하는 **한** 문장 옆에 **x**로 표시하십시오.

나는 부검을 **원합니다**.

나는 부검을 원하지 **않습니다**.

나의 사인에 대한 **의문이 있을 경우에 한하여** 부검을 실행하기 원합니다.

나의 **의료 대리인**이 결정하기 원합니다.

무엇을 하기 원하는지 잘 모르겠습니다.

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)

생년월일

사전의료의향서 - 캘리포니아



단계 3: 귀하의 의료 대리인의 권한을 정립하세요.

귀하의 의료 대리인이 다음의 사항에 관한 결정을 내리는 데 도와 드릴 수 있습니다.

생명 유지 치료 - 생명을 연장시키기 위한 의료

- CPR 또는 심폐소생술
- 호흡기계 또는 환기기
- 투석
- 급식관
- 수혈
- 수술
- 약물

임종 간호

귀하의 임종이 가까우면, 귀하의 의료 대리인이 다음을 이행할 수 있습니다.

- 종교 지도자에게 연락한다
- 장기 기증 여부 결정을 돕는다
- 집이든 병원이든 임종 장소의 결정을 돕는다
- 매장 또는 화장 장소 결정을 돕는다
- 부검 실시 여부 결정을 돕는다

귀하의 의료 대리인이 보건의에 있어 귀하가 바라는 사항을 어떻게 준수하기를 원합니까?

귀하가 가장 많이 동의하는 한 문장 옆에 **x**로 표시하십시오.

전체적 재량권: 나의 의료 대리인이 나의 담당의사와 상담한 한 후 그 당시 나를 위한 최선의 결정으로 생각할 경우 나의 의료 결정사항을 **어떤 것이든** 변경해도 괜찮습니다.

부분적 재량권: 나의 의료 대리인이 나의 담당의사와 상담한 한 후 그 당시 나를 위한 최선의 결정으로 생각할 경우 나의 의료 결정사항을 **일부** 변경해도 괜찮습니다.

최소 재량권: 나의 의료 대리인이 나의 의료 결정을 최대한 내가 바라는 사항과 가깝게 준수해 주길 원합니다. 의사가 달리 권장할지라도 나의 결정을 존중해 주십시오.

다음의 질문에 대답하는 데 필요 시 추가 페이지를 사용하시기 바랍니다.

다음의 사항은 존중되기를 내가 간절히 원하는 나의 바라는 사항입니다.

귀하의 의료 대리인이 내리기 **원치 않는** 결정 사항을 기재하십시오.

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)	생년월일
본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 캘리포니아 통일 의료 결정법의 제1 및 2장의 적용 항목을 준수합니다 (캘리포니아 프로베이트 코드 섹션 4670 - 4701).	

단계 4: 양식에 서명하세요.

귀하의 서명

이 양식이 유효하게 사용되려면 다음의 절차가 반드시 시행되어야 합니다.

- 귀하가 최소한 18세일 경우, 본 양식에 서명합니다
- 입회자 두 명이 양식에 서명하거나 **또는** 공증인으로부터 공증을 받습니다

귀하의 이름을 서명하고 날짜를 기입합니다.

서명	날짜		
이름 정자체			
주소	City(시)	State(주)	ZIP code(우편번호)

입회자

이 양식이 유효하게 사용되려면, 반드시 두 명의 입회자가 양식에 서명하거나 또는 공증인에 의해 공증을 받아야 합니다.

귀하의 입회자는 반드시:

- 최소한 18세이어야 한다
- 귀하의 지인이어야 합니다
- 귀하가 본 양식에 서명하였음을 인정해야 합니다

다음의 경우 귀하의 입회자가 될 수 없습니다.

- 귀하가 지명한 의료 대리인
- 귀하의 담당의사 또는 기타 의료인
- 귀하에게 진료를 제공하는 의료 기관 또는 의료인
- 귀하가 거주하는 곳에서 일하는 직원

추가로, **최소한 한 명**의 입회자가:

- 귀하와 어떤 형식이든 친족 관계가 있으면 절대 안 됩니다
- 귀하가 사망한 후 금전 또는 재산, 즉 재정적 이득을 받을 수 있는 자격이 있으면 안 됩니다
- 귀하가 현재 전문요양원 시설에 살고 있으면 옴부즈만이나 환자 옹호자여야 합니다(9 페이지 참고)

두 명의 입회자가 없을 경우, 공증인이 9 페이지에 서명할 수 있습니다.

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)		생년월일
<small>본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 캘리포니아 통일 의료 결정법의 제1 및 2장의 적용 항목을 준수합니다 (캘리포니아 프록시이트 코드 섹션 4670 - 4701).</small>		7 페이지

사전의료의향서 - 캘리포니아



단계 4: 양식에 서명하세요. (계속)

입회자 서명

이 페이지는 귀하의 입회자가 작성해야 합니다.

본인은 서명함으로써 _____ 의향서 소유자가 본 양식에 서명하였음을 인정합니다. 사전의료의향서 소유자명

본 의향서 소유자는 명료하게 생각하는 상태로 본 양식에 서명하는 데 강요 받지 않았습니다.

나는 또한 다음의 사항이 사실임을 약속합니다.

- 나는 이 사람이 누구인지 알며, 그/그녀가 누구인지 그/그녀가 증명할 수 있습니다
- 나의 연령은 최소한 18세입니다
- 나는 그/그녀의 의료 대리인이 아닙니다
- 나는 그/그녀의 의료인이 아닙니다
- 나는 그/그녀의 의료인의 직원이 아닙니다
- 나는 그/그녀가 거주하는 곳에 일하는 직원이 아닙니다

입회자 #1(아래 서명)은 또한 다음의 사항이 사실임을 약속해야 합니다.

- 나는 그/그녀와 어떤 형식이든 친족 관계가 없습니다
- 그/그녀가 사망한 후 나는 금전 또는 재산, 즉 재정적 이득을 받을 수 있는 자격이 전혀 없습니다

입회자 #1

서명 _____ 날짜 _____

이름 정자체 _____

주소 _____ City(시) _____ State(주) _____ Zip Code(우편번호) _____

입회자 #2

서명 _____ 날짜 _____

이름 정자체 _____

주소 _____ City(시) _____ State(주) _____ Zip Code(우편번호) _____

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)

생년월일 _____

사건의료의향서 - 캘리포니아



공무 전용

단계 4: 양식에 서명하세요 - 공증인 서명, 필요 시.

두 명의 입회자가 서명하지 않았을 **경우에만** 이 양식을 공증인에게 제출합니다.

공증인은 귀하의 운전 면허증이나 여권 등 사진이 부착된 신분증을 요구할 것입니다.

State of California

County of _____

On _____ before me, _____

Date

Name and title of officer

personally appeared _____ ,

Name(s) of signer(s)

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 _____

Signature of notary

(Notary Seal)

캘리포니아 전문요양원 시설의 거주자만 해당

요양원 거주자일 경우에만 본 양식을 요양원장에게 제공합니다. 캘리포니아 법에 의하면 요양원 거주자들의 경우, 요양원 옴부즈맨이 사전의료의향서의 입회자가 됩니다.

환자의 옹호자 또는 옴부즈맨의 진술서

"본인은 State Department of Aging (주 노인부)에 의해 지명된 환자의 옹호자 또는 옴부즈맨이며 Probate Code(후견법)의 제 4675항에 의해 요구된 입회자의 역할을 맡았음을 캘리포니아주 법률에 의한 위증죄 처벌 하 선언합니다."

서명 _____ 날짜 _____

이름 정자체 _____

주소 _____ City(시) _____ State(주) _____ Zip _____

Code(우편 번호)

본 사전의료의향서의 소유자는 : (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)

생년월일

사전의료의향서 - 캘리포니아

단계 5: 작성한 사전의료의향서의 사본을 제출하세요.

귀하가 사전의료의향서에 서명하였고 입회자에 의해 입증 및/또는 공증인에 의해 공증되었으면 원본은 보관하고 1-9 페이지를 복사하여 다음의 사람들에게 보내주십시오.

- 의료 대리인
- 가족
- 친지
- 의료인
- 병원

작성한 사전의료의향서 반납 방법:

1. Providence St. Joseph Health의 귀하가 선호하는 의사 또는 병원으로 귀하의 차후 방문 시 **사본** 한 부를 반납하십시오.
2. 수신자 주소와 우표가 붙은 반신용 봉투(이용 가능 경우)를 이용해 **사본** 한 부를 우송하십시오.
3. 귀하의 Providence St. Joseph Health 병원으로 팩스 또는 이메일 (이용 가능 시) 반납하십시오.

Mission Hospital, Laguna Beach
 Mission Hospital, Mission Viejo
 St. Joseph Hospital Orange
 St. Jude Medical Center
 St. Mary Medical Center
 Petaluma Valley Hospital
 Queen of the Valley Medical Center
 Redwood Memorial Hospital
 Santa Rosa Memorial Hospital
 St. Joseph Hospital, Eureka
팩스 714-771-8965

또는

이메일 SJMROI@stjoe.org
 (제목: Advance Directive)

목록에 없는 병원은 정확한 팩스 번호를 위해 귀하의 병원에 연락하십시오

Providence Holy Cross Medical Center
 Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)
 Providence Saint John's Health Center
 Providence Little Company of Mary Medical
 Center Torrance
 Providence Little Company of Mary Medical
 Center San Pedro
팩스 310-303-5469

Providence Tarzana Medical Center
팩스 818-708-5368

귀하의 사전의료의향서를 작성 또는 반납하는 것에 대한 문의사항은 다음의 연락처로 연락하십시오.

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

본 작업의 일부는 Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License 하에 허가를 받은 것입니다. 허가증의 사본을 보려면 <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/>을 방문하거나 Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA로 서신을 보내 주십시오.

개정 8/2017

아래 관계자분께 특별한 감사를 드립니다.

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA