사전돌봄계획

개요 및 사전 의료 지시서

Overview and Advance Directive - Korean Translation

Honoring Choices®
PACIFIC NORTHWEST
AN INITIATIVE OF
Washington State Hospital Association
WSMA Foundation for Health Care Improvement

This form meets the requirements of Washington state law(본 양식은 워싱턴주 법률의 요건에 부합합니다).

사전돌봄계획이란 무엇인가요?

사전돌봄계획은 미래에 귀하가 원하는 건강 관리에 대해 계획을 세워두는 것입니다. 이러한 유형의 계획을 세우는 것에는 귀하에게 중요한 것에 대해 의사소통을 나누고 서면으로 기록하고 공유하는 과정이 포함됩니다. 이것은 귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우 다른 사람들이 귀하를 대신해 해당 결정을 내리는 데 도움이 됩니다. 이러한 상황에서는 귀하와 가까운 사람이 귀하를 대신해서 결정을 내려야 할 것입니다. 그러한 사람을 의료 대리인이라고 하며, 대리인, 피위임자 또는 법적 의료 결정권자라고도 합니다.

의료 대리인이 귀하를 대신하여 어떻게 의료 결정을 내리기를 희망하는지 공유함으로써 의료 대리인을 준비시키는 것이 중요합니다.

사전 의료 지시서란 무엇인가요?

사전 의료 지시서는 사전 의료 계획 결정을 기록하는 자발적이고 합법적인 방법입니다. 귀하는 귀하와 매우 가까운 사람들(예: 의료 대리인 및 사랑하는 사람), 의료서비스 제공자, 진료소 및 병원과 사전 의료 지시서를 공유해야 합니다. 사전 의료 지시서는 정기적으로 업데이트해야 합니다. 18세 이상의 모든 성인은 사전 의료 지시서를 작성할 수 있습니다.

워싱턴주에는 다음 두 가지 유형의 사전 의료 지시서가 존재합니다. 1) 의료 대리인 지정 위임장 및 2) 의료 지시서

이 책자의 사전 의료 지시서는 Durable Power of Attorney for Health Care(DPOA-HC, 의료 대리인 지정 위임장)입니다. DPOA-HC는 워싱턴주 법률을 토대로 합니다(Revised Code of Washington(RCW, 워싱턴 개정법) 제11.125장). 이 법적 양식을 통해 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 의료 대리인을 지정하여 의료 결정을 내릴 수 있습니다. 이 양식은 또한 귀하의 목표, 가치 및 선호도를 공유하여 의료 대리인을 준비시키는 데도 도움이 됩니다. 연구에 따르면 귀하의 희망 사항을 따르는 가장 좋은 방법은 의료 대리인을 지정하고 준비를 시키는 것입니다.

이 책자의 사전 의료 지시서는 의료 지시서가 아닙니다(RCW 제70.122장). 의료 지시서는 생전 유언이라고도 합니다. 워싱턴주 법률에 따라 특정한 상황에서 연명 치료를 철회하거나 보류할 것을 지시하는 의료 지시서를 작성할 수도 있습니다. 의료 지시서에 관한 자세한 내용은 **www.HonoringChoicesPNW.org**를 참조하거나 의료서비스 제공자에게 문의하십시오.

의료 대리인이란 무엇인가요?

의료 대리인은 귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우 귀하를 대신해서 해당 결정을 내리도록 지정한 사람입니다. 귀하의 개인적인 가치 및 치료 목표와 같이 귀하에게 중요한 사항을 의료 대리인에게 알려야 합니다. 해당 정보는 귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우 의료 대리인과 의료서비스 제공자가 귀하를 대신하여 가능한 최선의 결정을 내릴 수 있는 지침이 될 것입니다. 귀하는 본 사전 의료 지시서(Durable Power of Attorney for Health Care)를 작성함으로써 이 사람이 의료서비스 제공자와 함께 귀하의 치료에 대해 결정을 내리도록 허용합니다. 귀하의 의료 대리인은 귀하를 대신하여 선택한 치료에 대해 개인적인 재정적 책임을 지지 않습니다.

훌륭한 의료 대리인의 조건은 무엇인가요?

의료 대리인은 다음을 수행해야 합니다.

- 의료 대리인이 하는 일이 무엇인지 이해하고 해당 역할을 기꺼이 수행
- 귀하의 목표, 가치 및 선호도를 의료서비스 제공자와 공유하고 귀하에게 있어서 '잘 산다는 것'이나 '좋은 하루'는 무엇인지 설명
- 귀하의 결정에 동의하지 않더라도 해당 결정을 이행
- 어렵거나 스트레스를 유발하는 상황에서 결정을 내릴 수 있음

다음 사람은 의료 대리인이 될 수 없습니다.

- 18세 미만
- 귀하의 담당의 또는 해당 병원의 직원(단, 귀하의 배우자, 주에 등록된 동거 파트너, 부모, 성인 자녀 또는 성인 형제자매는 예외)
- 귀하가 치료를 받거나 거주하는 의료 시설 또는 장기 요양 시설의 소유주, 관리자 또는 직원(단, 귀하의 배우자, 주에 등록된 동거 파트너, 부모, 성인이 된 자녀 또는 성인이 된 형제자매는 예외)

의료 대리인은 무엇을 할 수 있나요?

귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 귀하를 대신하여 해당 결정을 내리도록 요청을 받게 됩니다. 귀하의 의료 대리인은 귀하가 이 사전 의료 지시서 및 대화를 통해 공유한 정보를 토대로 귀하의 치료와 관련된 결정을 내릴 수 있습니다.

워싱턴주 법률에 따라 귀하의 의료 대리인은 귀하의 목표, 가치 및 선호도에 대한 이해를 바탕으로 다음을 수행할 수 있습니다.

- Cardiopulmonary Resuscitation(CPR, 심폐소생술), 호흡기, 영양 공급관 등의 치료법 사용 여부를 포함한 치료 및 수술 관련 결정
- 연명 치료 중단과 임종 돌봄에 집중할지 여부 결정
- 귀하의 진료를 위해 의료 기록을 검토 및 공개하고/하거나 귀하를 대신하여 건강 보험 혜택 신청
- 의료 서비스를 제공할 의료서비스 제공자와 조직 선택

CPR이란 무엇인가요?

CPR은 심장과 호흡이 멈출 때 사용하는 절차입니다. CPR은 신체가 건강하고 심장이 멈춘 직후 시작하는 경우에 가장 효과적입니다. CPR은 몸이 약하거나 고령자이거나 심각한 질병이 있는 경우에는 성공할 가능성이 낮습니다.

생존하더라도 폐가 약해져서 인공호흡기(호흡기)가 필요할 수 있습니다. CPR이 귀하의 목표 달성에 도움이 될지 여부에 대해서는 의료서비스 제공자와 상담하는 것이 중요합니다.

워싱턴주의 표준 치료에 따르면 심장과 호흡이 멈춘 사람들에게 CPR을 제공합니다. DPOA-HC 양식의 CPR 희망 사항을 공유하면 입원 시 "코드 상태"에 대한 지침을 제공할 수 있습니다. 코드 상태는 심장이나 호흡이 멈추는 경우 병원에서 받을 수 있는 응급 치료 유형입니다.

병원에서 CPR을 받지 않기로 한 사람들은 다른 환경에서도 CPR을 받고 싶어하지 않습니다. 이러한 상황에서는 의료서비스 제공자에게 Portable Orders for Life-Sustaining Treatment(POLST, 연명의료계획서) 작성에 대해 문의해야 합니다. POLST는 응급 구조원 및 기타 의료 전문가에게 의료 결정을 전달하는 의료 명령서입니다.

생명 유지란 무엇인가요?

생명 유지('연명'이라고도 함) 치료는 중요한 신체 기능을 지원하거나 대체하여 생명을 유지하는 의학적 치료입니다. 이러한 치료법은 의학적 상태를 치료하지 않습니다. 상태가 호전될 때까지 또는 생명 유지 장치 사용을 중단하고 자연사할 때까지 살아 있도록 유지해 주는 것입니다. 생명 유지 치료의 몇 가지 사례로는 CPR, 호흡기, 영양 공급관, 수혈 또는 신장 투석이 있습니다. 통증을 완화하고 편안함을 제공하는 것은 일상적인 치료의 일부분이며 생명 유지 치료로 간주되지는 않는다는 것을 알아야 합니다.

의료 대리인을 지정하지 않으면 어떻게 되나요?

귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는데 의료 대리인이 지정되어 있지 않은 경우, 귀하의 의료서비스 제공자가 워싱턴주 법률에 따라 귀하의 의료 관련 의사결정권자 역할을 할 수 있는 사람을 정합니다. 즉, 가족이나 친구에게 귀하를 대신해서 의료 결정을 내리도록 요청합니다. 아래 목록에서 가족이나 친구를 확인할 수 없는 경우, 의료서비스 제공자는 법원에 귀하를 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있는 후견인 지정을 요청할 수 있습니다.

의료서비스 제공자는 귀하를 대신하여 의료 의사 결정권자를 확인할 수 있을 때까지 다음 순서로 해당되는 사람들에게 연락할 것입니다(RCW 제7.70.065장).

1. 법원이 지정한 후견인(해당되는 경우)
2. 지정된 의료 대리인*
3. 배우자 또는 등록된 동거 파트너
4. 성인 자녀*
5. 부모*
6. 성인 형제자매*
7. 환자와 가까운 성인 손자손녀*
8. 환자와 가까운 성인 조카*
9. 환자와 가까운 성인 이모/고모/이모부/고모부/삼촌/숙모*
10. 특정 기준에 부합하는 가까운 성인 친구

** 2명 이상일 경우 모두가 치료에 동의해야 합니다.*

계속 >

해당될 수 있는 상황은 무엇인가요?

배우자를 의료 대리인으로 지정하는 경우

이 양식에서 배우자나 등록된 동거 파트너를 의료 대리인으로 지정하는 경우, 둘 중 하나가 이혼, 혼인 무효화 또는 법적 별거(RCW 제11.125.100장)를 신청한다면 더 이상 귀하의 지정 의료 대리인 역할을 할 수 없습니다. 단, 이 양식을 통해 이혼/별거 후에도 계속해서 의료 대리인을 맡도록 지정할 수 있습니다.

이 경우에는 이 양식의 2페이지에서 해당 진술 옆에 이니셜을 기재해 주십시오. "본인은 본인의 배우자 또는 등록된 동거 파트너를 의료 대리인으로 지정하고 추후 이혼, 혼인 무효화 또는 법적 별거를 신청하는 경우, 그/그녀가 계속해서 본인의 의료 대리인 역할을 했으면 합니다."

이 양식에서 의료 대리인을 지정하지 않는 경우

이 양식의 주요 목표는 의료 대리인을 지정하는 것이지만 반드시 지정하지 않아도 됩니다. 의료 대리인이 지정되어 있지 않은 경우, 귀하의 의료서비스 제공자가 워싱턴주 법률에 따라 귀하의 의료 관련 의사결정권자 역할을 할 수 있는 사람을 정합니다(RCW 제7.70.065장).

본 양식의 나머지 섹션을 작성할 경우, 이는 사전 의료 지시서가 아니라 개인적인 가치 진술로 간주됩니다. 개인적인 가치 진술은 목표, 가치 및 선호도를 요약한 것입니다. 해당 정보는 의료 의사결정권자가 귀하를 대신해 결정을 내리는 지침이 될 것입니다.

이 경우에는 이 양식의 2페이지에서 해당 진술 옆에 이니셜을 기재해 주십시오. "본인은 의료 대리인을 지명하지 않겠습니다. 본 양식을 통해 본인의 목표와 가치를 공유함으로써, 이는 사전 의료 지시서가 아니라 개인적인 가치 진술로 간주됩니다.

이 경우, 워싱턴주 법률에 따라 특정한 상황에서 연명 치료를 철회하거나 보류할 것을 지시하는 의료 지시서로서 생전 유언이라고도 알려진 의료 지시서를 작성할 수도 있습니다. 자세한 내용은 **www.HonoringChoicesPNW.org**를 참조하거나 의료서비스 제공자에게 문의하십시오.

이 사전 의료 지시서로 무엇을 해야 하나요?

이 사전 의료 지시서를 작성하면, 귀하는 귀하에게 중요한 사람들(예: 의료 대리인 및 사랑하는 사람) 및 의료서비스 제공자, 진료소 및 병원과 귀하의 희망 사항에 대해 논의하고 해당 사본을 제공해야 합니다. 해당되는 경우, 요양원이나 생활 지원 시설과도 해당 사본을 공유하는 것도 고려하십시오. 모두가 한 부씩 가지고 있어야 합니다.

마음이 바뀌면 어떻게 하나요?

사전 의료 지시서의 결정과 관련해 마음을 바꾸는 경우에는 귀하의 의료 대리인, 사랑하는 사람, 의료서비스 제공자 및 병원을 포함해서 해당 사본을 가지고 있는 모든 사람들에게 알려야 합니다. 언제든 귀하의 사전 의료 지시서를 철회하거나 무효화할 수 있습니다. 의료서비스 제공자에게 서면(반드시 서명과 날짜 기재) 또는 구두로 철회 의사를 알려야 합니다. 새로운 사전 의료 지시서를 작성해야 합니다. 귀하에게 중요한 사람들(예: 의료 대리인 및 사랑하는 사람)과 의료서비스 제공자, 진료소 및 병원에 새로 작성한 사전 의료 지시서를 반드시 제공해야 합니다.

장기 및 조직을 기증하고자 하는 경우에는 어떻게 하나요?

장기 및 조직을 기증하고자 하는 경우에는 의료 대리인, 가족 및 의료서비스 제공자에게 알리십시오. **www.registerme.org**에서 장기, 조직 및 안구 기증 의사를 기록할 수도 있습니다.

사망 후 시신 처리 방식은 누가 결정하나요?

이 양식에는 귀하의 시신 처리에 대한 지침은 포함되어 있지 않습니다. 워싱턴주 법률(RCW 제68.50.160장)에 따라 사후 시신 처리 방식에 관한 지침을 구체적으로 명시한 양식을 작성하는 것을 고려하십시오.

사전돌봄계획과 관련하여 도움이 필요할 경우 누구에게 연락할 수 있나요?

Honoring Choices PNW가 기꺼이 도와드리겠습니다. **www.honoringchoicespnw.org/locations** 또는 **info@honoringchoicespnw.org**를 통해 지원을 요청하십시오.

담당 의료서비스 제공자
(**ATTENTION** HEALTH CARE PROVIDERS)

본인 이름 (MY NAME): _____

본인의 생년월일 (MY DATE OF BIRTH): ____ / ____ / ____

나의 의료서비스 제공자
(MY HEALTH CARE PROVIDER): _____

사무실 전화번호
(PROVIDER OFFICE PHONE): ( )

나의 의향**을 존중해 주십시오**
(**PLEASE HONOR** MY WISHES)

나의 의료 대리인(DPOA-HC에 명시)
(**MY HEALTH CARE AGENT** (named on DPOA-HC))**:** _____

우선 연락 번호 (BEST PHONE): ( )

나의 ☐ 사전 의료 지시서 ☐ POLST 보관 장소
(MY ☐ ADVANCE DIRECTIVE ☐ POLST CAN BE FOUND AT): _____

의료 대리인이 있다는 사실을 다른 사람들에게 알리기 위해 이 카드를 지갑에 휴대하십시오.

사전 의료 지시서: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

귀하는 본 사전 의료 지시서, 즉, Durable Power of Attorney for Health Care(DPOA-HC, 의료 대리인 지정 위임장)를 통해 의료 대리인을 지정하고 준비시킬 수 있습니다.
본 양식은 워싱턴주 법률의 요건을 준수합니다.

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent.
This form meets the requirements of Washington state law.

본인 정보:

My Information:

성명: 대명사(선택 사항):
FULL NAME: PRONOUNS (OPTIONAL): *(예: 그/그녀/그들)* *(i.e., he/she/they)*

생년월일: / /
DATE OF BIRTH: *(월/일/연도)* *(mm/dd/yyyy)*

의료 대리인 **지정**

NAMING A HEALTH CARE AGENT

본인은 다음 사람을 의료 대리인으로 지정합니다.

The person I designate as my health care agent is:

성명: 대명사(선택 사항):
FULL NAME: PRONOUNS (optional):

본인과의 관계: 우선 연락 번호: ( ) 대안 연락 번호: ( )
RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

주소, 시, 주, 우편번호:
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

본인은 다음 사람을 대체 대리인으로 지정합니다.

The people I designate as my alternate agents are:

위에 명시된 사람이 본인의 건강 관리와 관련된 결정을 내릴 수 없거나 그러한 결정을 할 의사가 없는 경우, 본인은 아래에 명시된 사람들을 본인의 첫 번째 및 두 번째 대체 의료 대리인으로 지정합니다.

If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

첫 번째 대체 대리인

First Alternate

성명: 대명사(선택 사항):
FULL NAME: PRONOUNS (optional):

본인과의 관계: 우선 연락 번호: ( ) 대안 연락 번호: ( )
RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

주소, 시, 주, 우편번호:
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

두 번째 대체 대리인

Second Alternate

성명: 대명사(선택 사항):
FULL NAME: PRONOUNS (OPTIONAL):

본인과의 관계: 우선 연락 번호: ( ) 대안 연락 번호: ( )
RELATIONSHIP: BEST PHONE: ALTERNATE PHONE:

주소, 시, 주, 우편번호:
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

의료 대리인 **지정**
NAMING A HEALTH CARE AGENT

적용될 수 있는 상황:
Situations that may apply:

아래 진술 중에서 귀하의 경우에 해당되는 진술 옆에 이니셜을 기입하십시오. 귀하에게 해당되지 않는 진술의 경우에는 선을 그어 지울 수 있습니다. 자세한 내용은 Advance Care Planning(ACP, 사전돌봄계획) 개요 또는 ***www.HonoringChoicesPNW.org****를 참조하거나 의료서비스 제공자에게 문의하십시오.*

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit ***www.HonoringChoicesPNW.org****, or talk with your health care provider.*

_____ 본인은 본인의 배우자 또는 등록된 동거 파트너를 의료 대리인으로 지정하고 추후 이혼, 혼인 무효화 또는 법적 별거를 신청하는 경우, 그/그녀가 계속해서 본인의 의료 대리인 역할을 했으면 합니다.
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.

_____ 본인은 의료 대리인을 지명하지 않겠습니다. 본 양식을 통해 본인의 목표와 가치를 공유함으로써, 이는 사전 의료 지시서가 아니라 개인적인 가치 진술로 간주됩니다.
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

의료 대리인 **준비**
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

본인에게 가장 중요한 것은 무엇인가?
What matters most to me?

본 섹션은 귀하가 자신에게 가장 중요한 것이 무엇인지 생각하는 데 도움이 됩니다. 해당 정보는 귀하가 스스로 의료 관련 결정을 내릴 수 없는 경우 귀하에게 중요한 사람들(예: 귀하의 의료 대리인 및 사랑하는 사람)이 귀하를 대신해서 해당 결정을 내리는 지침이 될 수 있습니다.
공개를 고려해야 할 사항:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.
Consider sharing:

- 귀하가 정신적 및 육체적으로 좋아하는 활동
  What do you love to do, mentally and physically?
- 귀하에게 있어, 귀하가 누구이며 누구와 함께 있는지 아는 것의 중요성
  How important is it for you to know who you are and who you are with?
- 귀하에게 있어, 가족 및 친구와 의사소통의 중요성
  How important is communicating with family and friends to you?
- 귀하에게 '잘 산다는 것'과 '좋은 하루'의 의미
  What does "living well" or "a good day" look like to you?
- 귀하가 살면서 가장 가치를 두는 점
  What do you value most in your life?

본인은 다음 요소들을 가장 중요하게 생각합니다. *(구체적으로 명시하십시오. 필요 시 페이지를 추가하십시오.)*
The following is what matters most to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

이름: _____
NAME:
생년월일: / /
DATE OF BIRTH: *(월/일/연도)*
(mm/dd/yyyy)

의료 대리인 **준비**
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

본인의 신념, 선호도 및 관행은 무엇인가?
What are my beliefs, preferences, and practices?

해당 정보는 귀하에게 중요한 사람들(예: 귀하의 의료 대리인 및 사랑하는 사람)과 귀하의 의료 팀이 귀하의 신념, 선호도 및 관행을 파악하는 데 있어서 매우 중요합니다. 공개를 고려해야 할 사항:
It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices. Consider sharing:

- 어려운 시기에 귀하에게 지원, 위안, 힘을 주는 요소
  What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- 귀하가 원하거나 원치 않는 의학적 치료(예: 수혈, 통증 관리, 인공 영양 공급)
  What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- 귀하의 지역사회, 문화권 또는 가족의 의료 관련 의사 결정 방법
  How are health care decisions made in your community, culture, or family?

본인에게 중요한 신념, 선호도 및 관행은 다음과 같습니다. *(구체적으로 명시하십시오. 필요 시 페이지를 추가하십시오.)*
The following beliefs, preferences, and practices are important to me: *(Be specific. Add pages if needed.)*

본인은 본인의 신념, 선호도 및 관행을 지원하기 위해 다음 사람에게 연락하기를 원합니다. *(이 사람들은 의료 관련 결정을 내릴 권한은 없습니다.)*
I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: *(They will not have power to make health care decisions.)*

이름: _____ 신분: _____
NAME: ROLE:

전화번호: ( ) _____ 조직: _____
PHONE: ORGANIZATION:

이름: _____
NAME:
생년월일: / / _____
DATE OF BIRTH: *(월/일/연도)* *(mm/dd/yyyy)*

의료 대리인 **준비**

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

본인은 다음 질문에 답하면서 본인의 건강 관리와 관련된 선호 사항을 공유할 것입니다. 본인은 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 본인의 의료 대리인이 본 정보를 토대로 결정을 내렸으면 합니다. 본인은 해당 정보가 본인을 치료하는 지침이 될 수는 있지만, 모든 상황에서 본인의 의향을 정확히 반영하지는 못할 수도 있음을 이해합니다.

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

Cardiopulmonary Resuscitation(CPR, 심폐소생술): 본인의 의향

CPR: What are my wishes?

워싱턴주의 표준 치료에 따르면 심장과 호흡이 멈춘 사람들에게 CPR을 제공합니다. 본 섹션은 귀하가 입원하여 심장과 호흡이 멈춘 경우("코드 상태"라고도 함) 의료 대리인과 의료서비스 제공자가 CPR 수행 여부를 결정하는 지침이 될 수 있습니다.

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

본인이 입원하여 심장과 호흡이 멈춘 경우

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

☒ 본인은 CPR을 시도하기를 원합니다.
I want CPR attempted.

☐ 본인은 CPR을 시도하기를 원하지만, 본인의 건강 상태가 호전되지 않고 다음에 해당되는 경우에는 CPR을 시도하기를 원치 않습니다.
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:

- 본인이 본 양식에 명시했거나 의료 대리인과 논의했던 목표 및 가치에 부합하는 삶을 영위할 수 있을 가능성이 희박한 경우, 또는
  Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
- 본인이 불치병이나 치료할 수 없는 부상을 입고 곧 사망할 수 있는 경우, 또는
  A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
- 본인의 심장이 다시 뛰게 되더라도 생존 가능성이 희박한 경우
  Little chance of survival even if my heart is started again.

☐ 본인은 CPR을 시도하기를 원치 않습니다. 본인은 모든 생명 유지 장치에 의존하지 않고 자연사하고자 합니다. *(Portable Orders for Life-Sustaining Treatment(POLST, 연명의료계획서) 양식에 대해서는 의료서비스 제공자에게 문의하십시오.)*
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. *(Talk to your health care provider about a POLST form.)*

생명 유지 장치: 본인의 의향

Life Support: What are my wishes?

아래 응답은 의료 대리인에게 지침을 제공하기 위한 것입니다. 본 질문에 응답을 한다고 해서 이 양식이 워싱턴주 법률에 따라 특정 상황에서 연명 치료를 철회하거나 보류할 것을 지시하는 의료 지시서가 되는 것은 아닙니다. 자세한 내용은 www.HonoringChoicesPNW.org를 참조하거나 의료서비스 제공자에게 문의하십시오.

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

본인이 너무 아프거나 부상을 입어서 곧 사망할 것 같거나 혼수 상태에서 회복될 것 같지 않은 경우, 본인은 의료 대리인이 다음을 수행하기를 바랍니다.

If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

☒ 본인이 회복 가능성이 거의 없더라도 모든 생명 유지 치료를 동원하여 생명을 유지하도록 해 주십시오. 본인은 생명 유지 장치를 사용하기를 원합니다.
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.

☐ 의료서비스 제공자가 본인의 회복에 도움이 될 수 있다고 생각하는 모든 생명 유지 치료를 시도해 주십시오. 해당 치료가 효과가 없고 본인의 목표와 가치에 입각한 삶을 영위할 수 있는 가능성이 희박할 경우, 본인은 생명 유지 장치의 사용을 중단하기를 원합니다. 모든 생명 유지 장치에 의존하지 않고 자연사하고자 합니다
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.

☐ 본인이 모든 생명 유지 장치에 의존하지 않고 자연사할 수 있게 해 주십시오. 본인은 생명 유지 장치의 사용을 원치 않습니다. 본인은 생명 유지 치료가 시작되었더라도 중단하고 싶습니다.
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.

☐ 본인은 의료 대리인이 본인을 대신하여 결정을 내리길 바랍니다.
I want my health care agent to decide for me.

이름:
NAME:
생년월일: / /
DATE OF BIRTH: *(월/일/연도)*
(mm/dd/yyyy)

의료 대리인 **준비**
PREPARING A HEALTH CARE AGENT

추가 지침
Additional Directions

본인이 사망에 임박한 경우, 의학 치료, 생명 유지 시스템 및 자원이 제공된다면, 본인은 다음 장소에서 숨을 거두기를 희망합니다.

If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

- [x] 자택 또는 사랑하는 사람의 집(원하는 경우 호스피스 포함)
  At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).
- [ ] 의료 시설
  In a medical facility.
- [ ] 선호 사항 없음
  I do not have a preference.
- [ ] 기타(구체적으로 명시해 주십시오):
  Other (please describe):

본인이 임신 중이며 스스로 의료 관련 결정을 내릴 수 없는 경우, 본인은 의료 대리인과 의료서비스 제공자가 본인을 대신하여 의료 관련 결정을 내릴 때 다음 사항을 고려하기를 바랍니다.

If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

귀하의 의료 희망 사항과 관련하여 의료 대리인, 의료서비스 제공자 또는 다른 사람이 알았으면 하는 추가 정보를 기재해 주십시오. 장기기증 희망 사항과 기증 후 시신 처리 계획에 대해서는 별도로 문서화해야 한다는 점을 유의해 주십시오.

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

이름:
NAME:
생년월일: / /
DATE OF BIRTH: *(월/일/연도)*
(mm/dd/yyyy)

의료 대리인 **승인**
AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

본인이 지정한 의료 대리인의 일반적인 권한: 본인은 스스로 의료 치료 관련 결정을 내릴 수 없을 때 의료 대리인이 해당 치료에 동의하는 것을 승인합니다. 본인은 의료 대리인이 CPR, 호흡기, 영양 공급관, 수혈 및 신장 투석과 같은 생명 유지 치료와 관련하여 본인의 희망 사항을 이행하도록 승인합니다. 여기에는 의학적 치료의 시작, 지속 또는 중단에 대한 동의도 포함됩니다.

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

본인은 다음을 증명합니다. 본인은 본 Durable Power of Attorney for Health Care(DPOA-HC, 의료 대리인 지정 위임장)의 중요성과 의미를 이해합니다. 본 양식은 본인의 의료 대리인 지정과 본인의 목표, 가치 및 선호도를 반영합니다. 본인은 자의에 의해 본 양식을 작성했습니다. 본인은 명확한 사고가 가능합니다. 본인은 언제든 해당 의사를 바꿀 수 있음을 이해합니다. 본인은 언제든 본 양식을 철회 및 교체할 수 있음을 이해합니다. 본인은 이전에 작성한 의료 대리인 지정 위임장을 철회합니다. 본인은 의사 또는 면허를 소지한 심리학자에 의해 본인이 스스로 의료 결정을 내릴 능력이 없다고 판단되어지는 경우에 본 DPOA-HC가 발효되기를 바랍니다. 본 지시서는 본인이 계속해서 관련 결정을 내릴 능력이 안 되는 한 유지될 것입니다.

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

본인 서명: _____ 날짜: _____
MY SIGNATURE: DATE:

주소, 시, 주, 우편번호: _____
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

증인 또는 공증인 참관 요건
Witnesses or Notary Requirement

귀하는 공증인 한 명의 서명을 받거나 증인 두 명의 서명을 받아야 합니다.
You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

옵션 1 – 두 명의 증인
OPTION 1 – TWO WITNESSES

증인 선언: 본인은 증인 역할에 적용되는 규정을 준수함을 선언합니다.
Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

증인 #1 서명: _____ 날짜: _____
WITNESS #1 SIGNATURE: DATE:
이름(정자체): _____
NAME PRINTED:

증인 #2 서명: _____ 날짜: _____
WITNESS #2 SIGNATURE: DATE:
이름(정자체): _____
NAME PRINTED:

증인 규정:
Rules for Witnesses:

- 18세 이상의 적임자.
  Must be at least 18 years of age and competent.
- 귀하 또는 의료 대리인과 혈연 관계, 혼인 관계 또는 주에 등록된 동거 관계는 제외.
  Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- 귀하의 재택 간병인 또는 귀하가 거주하는 성인 가정 또는 장기 요양 시설의 간병인 제외.
  Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- 귀하가 지정한 의료 대리인 제외.
  Cannot be your designated health care agent.

옵션 2 – 공증인
OPTION 2 – NOTARY

STATE OF WASHINGTON)
워싱턴주)
COUNTY OF)
카운티

This record was acknowledged before me on this _____ day of _____ ,
본 기록은 _____ 일 _____ 월에 본인의 참관 하에 승인되었습니다.
by (name of individual): _____
승인자(승인자 이름):

Signature: _____ Title: _____ Exp: _____
서명: 직함: 외선번호:

이름: _____
NAME:
생년월일: ____ / ____ / ____
DATE OF BIRTH: *(월/일/연도)*
(mm/dd/yyyy)