

사전 의료 의향서

자신의 목표, 가치관, 선호 사항을
다른 이들에게 알리는 사용 간편한 양식

사전 의료 의향서를 작성해야 하는 이유는 무엇입니까?

미리 계획을 세워서 의료 목표, 가치관 및 선호 사항을 명확하게 설명하는 것이 중요합니다. 사전 의료 의향서는 이를 위한 가장 좋은 방법입니다. 의향서를 작성하여 귀하와 귀하의 가족에게 더 큰 마음의 평화를 줄 수 있습니다. 또한, 의향서를 작성하는 과정을 통해 귀하가 가장 중요하게 생각하는 것이 무엇인지 가족과 대화를 나누는 데 도움이 될 수 있습니다.

Cedars-Sinai(시더스-사이나이)에서는 사회 복지사, 종교 지도자, 사전 의료 계획에 관한 무상 학습 등 의향서를 작성하는 데 도움을 줄 수 있는 여러 리소스를 이용할 수 있습니다. 이들 리소스 및 기타 정보를 본 문서의 뒷표지에서 찾아볼 수 있습니다.

사전 의료 의향서를 작성한 후 무엇을 해야 합니까?

1. 의향서에 공증을 받거나 자격이 있는 입회인 2명의 서명을 받습니다.

- 옵션 1: 공증인 앞에서 문서에 서명합니다.
- 옵션 2: 자격이 있는 입회인 2명의 서명을 받습니다.

2. 사본을 다음 사람과 공유합니다.

- 의료 대리인
- 가족
- 주치의
- 담당 변호사

3. 다음 옵션 중 하나를 사용하여 전자 의무 기록에 업로드합니다.

My CS-Link™에 업로드	Cedars-Sinai 로 팩스 전송	Cedars-Sinai 로 우편 발송	전자 사본을 Cedars-Sinai로 이메일 전송
<p>웹사이트: mycslink.org</p> <p>Resources(리소스) 아래에 있는 Advance Healthcare Directive(사전 의료 의향서) 페이지를 이용하십시오.</p> <p>첫 페이지에 귀하의 이름과 생년월일을 기재하십시오.</p>	<p>팩스 번호: 310-248-8078</p> <p>첫 페이지에 귀하의 이름과 생년월일을 기재하십시오.</p>	<p>우편 주소: Health Information Department 8700 Beverly Blvd. South Tower, Room 2901 Los Angeles, CA 90048</p> <p>첫 페이지에 귀하의 이름과 생년월일을 기재하십시오.</p>	<p>이메일 주소: groupMNSHID@cshs.org</p> <p>첫 페이지에 귀하의 이름과 생년월일을 기재하십시오.</p>

4. 원본을 안전한(하지만 찾을 수 있는) 장소에 보관합니다.

목차

파트 1:

나의 의료 대리인

섹션 A: 나의 의료 대리인 선정하기	2
섹션 B: 나는 의료 대리인이 언제부터 나를 대신해서 의사를 표명하기를 원하는가?	3

파트 2:

나의 의료 목표, 가치관, 선호 사항

섹션 A: 삶의 질	4
섹션 B: 치료 범위	5
섹션 C: 추가 설명(선택적)	6

파트 3(선택적):

추가 선호 사항

장기 기증	
사망 후 내가 바라는 사항	7

파트 4:

나는 내 사전 의료 의향서가 얼마나 엄격히 그대로 지켜지기를 바라는가?	8
---	---

파트 5(선택적):

나의 담당 의사 지명하기	9
---------------	---

파트 6:

내 사전 의료 의향서에 서명하기	11
-------------------	----

추가 페이지	16~17
--------	-------

추가 리소스	뒤표지
--------	-----

나의 이름: _____

나의 생년월일: _____

파트 1:

나의 의료 대리인

섹션 A: 나의 의료 대리인 선정하기

- 이 섹션을 작성하는 데 도움이 필요하면 단계별 가이드의 파트 1, 섹션 A(3~4페이지)를 참조하십시오.
-

본인은 언제든지 본인이 본인의 목표, 가치관 및 선호 사항을 표현할 수 없을(또는 표현하지 않기로 선택한) 경우 다음 사람이 본인을 대신하여 의사를 표명할 수 있도록 선택합니다.

의료 대리인의 이름: _____

본인과의 관계: _____

전화번호: _____

이메일 주소(알고 있는 경우): _____

다음 사람이 대체 대리인의 역할을 할 수 있습니다(이는 선택 사항입니다):

첫 번째 대체 대리인

대체 대리인의 이름: _____

본인과의 관계: _____

전화번호: _____

이메일 주소(알고 있는 경우): _____

두 번째 대체 대리인

대체 대리인의 이름: _____

본인과의 관계: _____

전화번호: _____

이메일 주소(알고 있는 경우): _____

섹션 B: 나는 의료 대리인이 언제부터 나를 대신해서 의사를 표명하기를 원하는가?

- 이 섹션을 작성하는 데 도움이 필요하다면 단계별 가이드의 파트 1, 섹션 B(5페이지)를 참조하십시오.
-

나는 의료 대리인이 다음 시점에 내 의료에 관한 의사 결정에 참여하기 시작하기를 원합니다.

옵션 1 또는 옵션 2에 이니셜을 기재하여 위 문장을 완성해 주십시오.

옵션 1

내가 내 자신의 목표, 가치관, 선호 사항을 표현할 수 없다고 담당 의사가 판단할 때.

(여기에 이니셜 기재)

또는

옵션 2

내가 내 자신의 의사를 표명할 수 있다고 하더라도, 이 시간 이후부터.

(여기에 이니셜 기재)

파트 2:

나의 의료에 대한 목표, 가치관, 선호 사항

섹션 A: 삶의 질

- 이 섹션을 작성하는 데 도움이 필요하다면 단계별 가이드의 파트 2, 섹션 A(6~9페이지)를 참조하십시오.
-

다음과 같은 상황에서 내 생명을 영위할 가치가 있으므로 가능한 한 오래 내 생명이 지속되도록 허용합니다.

옵션 1, 2, 또는 3을 선택하여 위 문장을 완성해 주십시오.

옵션 1

- 모든 상황—기계의 보조와 관계없이 내 장기(심장, 폐, 신장 등)가 기본적인 기능만을 수행하는 경우에도 해당됨.

또는

옵션 2

- 다음 능력을 결코 회복하지 못하는 경우를 제외한 모든 상황(아래 공간을 기재하십시오).

물리적, 신체적 능력(예: 기계적인 생명 유지 장치에 영구적으로 연결되지 않고 생활함, 침대 밖으로 나감, 외출):

인지적 능력(예: 깨어 있음, 의식이 있음, 명백하게 사고할 수 있음):

대인 관계, 사회적 및 지역사회 관련 능력(예: 다른 사람들과 어떤 방식으로든 의사소통을 함, 의료 시설 외부에 거주):

또는

옵션 3

- 잘 모름
-

추가 정보를 공유하려면 6페이지 또는 이 문서의 끝에 있는 줄이 그어진 공간을 사용하십시오.

섹션 B: 치료 범위

- 이 섹션을 작성하는 데 도움이 필요하다면 단계별 가이드의 파트 2, 섹션 B(10~11페이지)를 참조하십시오.
-

담당 의사가 내가 4페이지에 언급한 삶의 질을 영위하는 상태로 회복할 수 있는 합당한 가능성이 있다고 판단하는 경우, 나는 다음 의료 처치를 받을 의향이 있습니다.

옵션 1, 2, 또는 3을 선택하여 위 문장을 완성해 주십시오.

옵션 1

- 담당 의료 팀이 제공하는 모든 시술, 치료 및 중재술.

또는

옵션 2

- 담당 의료 팀이 제공하는 모든 시술, 치료 및 중재술을 받을 것이지만, 다음 의료 처치는 제외함:

또는

옵션 3

- 잘 모름

추가 정보를 공유하려면 6페이지 또는 이 문서의 끝에 있는 줄이 그어진 공간을 사용하십시오.

섹션 C: 추가 설명(선택적)

더 많은 생각과 정보를 공유하시려면, 이 공간에 기재하실 수 있습니다.
귀하의 의료 목표, 가치관 및 선호 사항에 영향을 미치는 문화적 또는 종교적 관점을 언급하기에 적절한 공간입니다.

추가 정보를 공유하려면 이 페이지 또는 이 문서의 끝에 있는 줄이 그어진 공간을 사용하십시오.

파트 3(선택적): 추가 선호 사항

■ 이 섹션을 작성하는 데 도움이 필요하면 단계별 가이드의 파트 3(12페이지)을 참조하십시오.

장기 기증

나는 내 모든 장기와 조직을 기증하기를 원합니다.

또는

나는 내 장기와 조직을 일체 기증하기를 원하지 않습니다.

또는

나는 다음 장기와 조직을 기증하기를 원합니다(명시해 주십시오):

사망 후 내가 바라는 사항

장례식, 매장 및/또는 화장 준비와 관련하여 바라는 사항은 다음과 같습니다.

추가 정보를 공유하려면 이 문서의 끝에 있는 줄이 그어진 공간을 사용하십시오.

파트 4:

나는 내 사전 의료 의향서가 얼마나 엄격히 그대로 지켜지기를 바라는가?

■ 이 섹션을 작성하는 데 도움이 필요하다면 단계별 가이드의 파트 4(13페이지)를 참조하십시오.

본 의향서에 기재된 나의 목표, 가치관, 선호 사항을 다음과 같이 지키기 바랍니다.

옵션 1 또는 옵션 2에 이니셜을 기재하여 위 문장을 완성해 주십시오.

옵션 1

제가 현재 알고 있는 사실을 바탕으로 한 일반적인 지침으로 삼기 바랍니다.

(여기에 이니셜 기재)

또는

옵션 2

모든 상황에서 엄격히 지키기를 바랍니다.

(여기에 이니셜 기재)

더 많은 생각과 정보를 공유하시려면 아래 공간을 사용하십시오.

추가 정보를 공유하려면 이 문서의 끝에 있는 줄이 그어진 공간을 사용하십시오.

파트 5(선택적): 나의 담당 의사 지명하기

- 이 섹션을 작성하는 데 도움이 필요하다면 단계별 가이드의 파트 5(14페이지)를 참조하십시오.
-

귀하의 목표, 가치관 및 선호 사항을 이해하는 귀하의 치료에 참여하는 의사가 있을 수 있습니다. 이러한 의사가 귀하의 상태 및 치료 옵션에 대한 의논에 참여하기를 원하시면 아래에 해당 의사의 이름과 연락처 정보를 기재하십시오.

의사의 이름: _____

전화번호(알고 있는 경우): _____

이메일 주소(알고 있는 경우): _____

의사의 이름: _____

전화번호(알고 있는 경우): _____

이메일 주소(알고 있는 경우): _____

의사의 이름: _____

전화번호(알고 있는 경우): _____

이메일 주소(알고 있는 경우): _____

추가 정보를 공유하려면 이 문서의 끝에 있는 줄이 그어진 공간을 사용하십시오.

이 페이지는 공백입니다.

파트 6:

내 사전 의료 의향서에 서명하기

- 이 섹션을 작성하는 데 도움이 필요하다면 단계별 가이드의 파트 6(15페이지)을 참조하십시오.
-

이 문서를 법적으로 유효하게 만들려면 공증인(13 페이지) 또는 두 명의 입회인(14 페이지)이
참관한 상태에서 귀하가 아래에 서명해야 합니다.

이름(정자체): _____

서명: _____

서명일: _____

이 페이지는 공백입니다.

내 사전 의료 의향서에 서명하기

공증인 참관

참고: 아래 섹션을 완료하는 경우, 14페이지는 작성할 필요가 없습니다.

공증

(캘리포니아 다목적 확인, 민법 1189)

이 증명서를 작성하는 공증인 또는 기타 담당자는 본 증명서가 첨부된 문서에 서명한 개인의 신원만 확인하며 해당 문서의 진실성, 정확성 또는 유효성은 확인하지 않습니다.

캘리포니아주

카운티: _____

}

_____, 본인 _____의 참관하에
날짜 담당자의 이름 및 직함 기재

직접 출석한 _____
서명자(들)의 이름

이(가) 본인에게 만족스러운 증거를 토대로 법률문서에 이름이 서명된 당사자(들)임을 본인에게 입증했으며, 자신(들)에게 부여된 권한에 따라 서명했으며 법률문서상의 서명(들)을 통해 개인(들) 또는 해당인(들)을 대리하는 독립체가 법률문서를 작성, 이행했음을 증명했습니다.

본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제하에 상술된 단락이 사실이며 틀림이 없음을 증명합니다.

참관인 자필 서명 및 공식 직인.

서명 _____
공증인 서명

위에 공증인 직인 인영

내 사전 의료 의향서에 서명하기

입회인 참관

참고: 아래 섹션을 완료하는 경우, 13페이지는 작성할 필요가 없습니다.

입회인 선언

본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제하에 다음과 같이 선언합니다.

- 1) 이 사전 의료 의향서에 서명하거나 승인한 개인을 개인적으로 알고 있거나 해당인이 설득력 있는 증거로 자신의 신원을 입증했습니다.
- 2) 해당인은 본인 앞에서 이 사전 의료 의향서에 서명했거나 인정했습니다.
- 3) 해당인은 건전한 정신을 갖고 있으며 강박, 사기 또는 부당한 영향을 받지 않는 것으로 보입니다.
- 4) 본인은 이 사전 의료 의향서에 따라 대리인으로 지정된 사람이 아닙니다.
- 5) 본인은 해당인의 의료 서비스 제공자, 지역 사회 보호 시설 운영자의 직원 또는 노인을 위한 주거 보호 시설 운영자의 직원이 아닙니다.
- 6) 본인은 18세 이상입니다.

제1 입회인

제1 입회인의 서명

날짜

제1 입회인의 이름(정자체)

전화번호

제2 입회인

제2 입회인의 서명

날짜

제2 입회인의 이름(정자체)

전화번호

입회인 중 한 사람은 또한 다음 선언에 서명해야 합니다.

본인은 또한 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제하에 본인이 이 사전 의료 의향서를 작성한 개인과 혈연, 결혼, 또는 입양을 통한 관계가 아니며 본인이 아는 한 현재 유언장 또는 법의 효력에 따라 해당인의 사망 시 자산의 어떤 부분에도 권한이 없음을 선언합니다.

제1 입회인 또는 제2 입회인의 서명

날짜

제1 입회인 또는 제2 입회인의 이름(정자체)

날짜

특별 입회인 요건

참고: 요양원 또는 전문 요양 시설 환자에 한해, 13페이지 또는 14페이지를 작성하는 것 외에도 환자 대변인 또는 옴부즈맨의 서명이 필요합니다.

귀하가 요양원 또는 전문 요양 시설 환자가 아닌 경우, 이 섹션은 건너뛸 수 있습니다.

환자 대변인 또는 옴부즈맨 선언

본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제하에 본인이 주정부 노인복지부 (State Department of Aging)에서 지정한 환자 대변인 또는 옴부즈맨이며 유언검인법(Probate Code) 섹션 4675에서 요구하는 입회인의 역할을 하고 있음을 선언합니다.

환자 대변인 또는 옴부즈맨 서명

날짜

환자 대변인 또는 옴부즈맨 이름(정자체)

전화번호

추가 리소스

무료 사전 의료 계획 강좌에 등록하려면 800-700-6424번으로 문의하십시오.

Cedars-Sinai 지원 의료 310-423-9520

Cedars-Sinai의 Supportive Care Medicine(SCM, 지원 의료) 팀은 말기 또는 중증 입원 환자와 외래 환자가 삶의 질을 가능한 한 회복할 수 있도록 돕고 그 가족을 위한 지원책을 제공합니다. SCM 임상 의사는 신체적 및 정신적인 부분 모두에서 가능한 모든 증상을 다루는 데 전문가이며, 또한 사전 치료 계획 및 사전 의료 의향서 작성 시 도움을 드릴 수 있도록 특별 훈련을 받았습니다.

Cedars-Sinai 종교적 서비스 310-423-5550; cedars-sinai.org/spiritualcare

Cedars-Sinai Spiritual Care(종교적 서비스) 부서 직원이 Cedars-Sinai 환자와 그 가족에게 종교적으로 필요한 서비스를 제공합니다. 목사님이 환자를 방문할 수 있으며, 임종 관련 결정 및 의료에 대한 어려운 문제에 도움을 드립니다.

Cedars-Sinai 의료 윤리 센터

310-423-9636; cedars-sinai.org/ethics

Cedars-Sinai Medical Center 입원 환자의 경우, 임상 윤리 상담을 받으실 수 있습니다. 이는 환자, 가족, 전문의 및 기타 의료진이 환자의 윤리 가치 및 목표를 논의하고 실행할 수 있도록 돕는 데 그 목적을 두고 있습니다.

Cedars-Sinai 사회복지 업무

입원 환자: 310-423-4446 외래 환자: 310-248-8311

다음은 사전 의료 계획에 관한 정보를 제공하는 웹사이트 목록입니다.

- 사전 의료 의향서 등록(Advance Health Care Directive Registry)—캘리포니아: sos.ca.gov/registries/advance-health-care-directive-registry
- 존엄성과 노령화(Aging With Dignity): agingwithdignity.org
- 全美 병원 협회(American Hospital Association): putitinwriting.org
- 캘리포니아 의료 협회(California Medical Association): cmanet.org
- 케어링 커넥션(Caring Connections): caringinfo.org
- 캘리포니아 온정 간호 연합(Coalition for Compassionate Care of California): coalitionccc.org and capolst.org (영어 및 기타 언어로 작성된 POLST 양식)
- 미국 호스피스 연합(Hospice Association of America): hospice.nahc.org
- 캘리포니아 생명 기증(Donate Life California)—장기 및 조직 기증자: donatelifecalifornia.org
- 미국 재향군인회(U.S. Department of Veterans Affairs): losangeles.va.gov/patients/advance.asp