



본인, _____ 은 저의 저의 담당 의사가
 성명의 이름 (First Name) 성명의 성 (Last Name) 생년월일 (Date of Birth)

보기에 제가 정보를 제공받아서 의사결정을 할 능력이 없다고 판단할 경우, 저의 의지에 의해서 자발적으로 다음과 같이 알립니다:

I. 대리인 지명과 위임장

저는 _____
 일차 대리인 이름 (Name of Primary Agent) 전화번호 (Telephone Number) 시티/주 (City/State)

를 이 문서에서 부여하는 권한과 같이 저를 대신하여 보건의료 결정을 내리는 대리인으로 지명합니다. 합리적으로 보아 일차 대리인의 대리인 업무가 가능하지 않거나, 할 수 없거나, 활동 의지가 없을 경우, 다음 사람을 후보 대리인(들)로 지정합니다:

후보 대리인(들) 이름 (Name of Back-up Agent(s)) 전화번호 (Telephone Number) 시티/주 (City/State)

저의 대리인은 어디까지나 제가 제공받은 정보로 결정을 내릴 능력이 없을 경우에만 권한이 있습니다. 저의 대리인이 저를 대신하여 보건의료 관련 결정을 내릴 때, 이 문서에 언급된 내용과 같이, 혹은 대리인이 알고 있는 저의 소망과 선호에 따라 할 것을 원합니다. 저의 대리인이 보기에 보건의료에 관하여 제가 어떤 결정을 내릴 것인지 알 수 없다면, 저에게 가장 이익이 된다고 대리인이 믿는 것을 바탕으로 결정을 내리도록 원합니다. 대리인 위임 내용에는 다음 내용이 포함되어야 하며, 줄을 그어 지운 부분은 예외입니다:

- A. 다음에 국한하지는 않지만 인공호흡(호흡기), 인공적인 영양 주입(튜브 급식)과 수분공급(IV 수액), 그리고 심폐소생 (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)) 포함, 신체 기능에 영향을 미치는 기타 절차를 포함하여 저의 신체 기능에 영향을 미치는 모든 종류의 진료, 치료, 수술 혹은 진단 절차, 투약, 기술 사용 또는 기타 절차에 대한 동의, 거부, 또는 동의의 철회.
- B. 다음에 국한하지는 않지만 의료기록과 병원기록 포함 저의 신체건강 혹은 정신건강 관련 모든 서면 혹은 구두로 작성된 정보의 요청, 수령, 혹은 검토, 그리고 이러한 정보의 공개에 대한 동의.
- C. 저의 보건의료 전문가를 사용하거나 해촉하는 것.
- D. 다음에 국한하지는 않지만 의료 전문가에게 책임을 부여하거나 면책하는 것을 포함하여, 이러한 결정 수행에 필수적일 수 있는 모든 종류의 법적 조치.
- E. 저의 대리인은 장례 절차와 관련된 결정 권한이 있으며, 다만 이곳에 다른 사람을 지명하는 경우는 예외입니다:

이름 (Name) 전화번호 (Telephone Number) 시티/주 (City/State)

II. 저의 보건의료에 관한 구체적인 안내 또는 저는 이 섹션을 작성하지 않습니다

저는 이 문서를 이해하며 의지와 자발성에 의해서 서명합니다. 저는 또한 법에 의거, 언제든지 이 내용 전부 혹은 어느 부분이라도 철회할 수 있다는 것을 이해합니다. 저는 또한 언제든지 저의 보건의료 대리인을 변경시킬 수 있으며, 이는 보건의료에 대한 새로운 사전의사결정서를 작성하고 이의 사본을 저의 보건의료 전문가에게 제출함으로써 성립합니다.

환자 (서명): _____ 날짜: _____
 (Patient (signature)) (Date)

위에 적힌 이름의 사람은 제가 입회하는 가운데 이 사전의사결정서에 서명했습니다(증인은 성인 2명이 필요합니다):

증인 (서명): _____ (인쇄체 이름): _____ 날짜: _____
 (Witness (signature)) (print name) (Date)

증인 (서명): _____ (인쇄체 이름): _____ 날짜: _____
 (Witness (signature)) (print name) (Date)

_____ 이곳에 이니셜을 적음으로써, 저는 저의 진료에 관하여 추가 결정은 어떤 것도 내리지 않는 것으로 선택합니다. 저의 진료에 관해 추가 결정이 필요하다면, 저는 이 용지의 뒷면에 작성하여 서명할 것입니다.

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

버지니아 보건의료에 관한
 사전의사결정서

Virginia Advance Directive for Health Conditions

IAH IFH IFOH ILH IMVH **KOREAN**



III. 추가 보건의료 안내 또는

저는 이 섹션을 작성하지 않습니다

1. 저의 임종이 가까워졌으며(임박할 경우) 의료 치료가 저의 회복에 도움이 되지 않는다면:

옵션 한 개를 선택합니다:

- 저의 생명 연장을 위한 치료를 원하지 않습니다. 여기에는 튜브 급식, IV 수액, 심폐소생술 (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)), 인공 호흡기/호흡기 (호흡기계), 신장 투석 또는 항생제가 포함될 수 있습니다. 저는 통증완화를 위한 치료를 계속 받을 것이며, 이로써 저를 편안한 상태로 만들 것이라는 점을 이해합니다. (또는)
- 저의 모든 생명연장 치료는 어디까지나 일반적으로 수용되는 보건의료 기준의 범위 내에서만 이뤄질 것을 원합니다. 제가 통증완화 치료를 받아서 편안하게 될 것이라는 것을 이해합니다.

2. 제가 자신이나 주변을 인지하지 못 하거나 다른 사람에게 반응할 수 없는 상태이며 합리적으로 보아 이러한 인지 상태나 능력을 영원히 회복할 수 없다는 것이 확실하다면:

옵션 한 개를 선택합니다:

- 저의 생명 연장을 위한 치료를 원하지 않습니다. 여기에는 튜브 급식, IV 수액, 심폐소생술 (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)), 인공 호흡기/호흡기 (호흡기계), 신장 투석 또는 항생제가 포함될 수 있습니다. 저는 통증완화를 위한 치료를 계속 받을 것이며, 이로써 저를 편안한 상태로 만들 것이라는 점을 이해합니다. (또는)
- 저의 모든 생명연장 치료는 어디까지나 일반적으로 수용되는 보건의료 기준의 범위 내에서만 이뤄질 것을 원합니다. 제가 통증완화 치료를 받아서 편안하게 될 것이라는 것을 이해합니다. (또는)
- 제 상태를 일부 개선시키기 위한 희망으로 일정 기간 동안 치료를 시도할 것을 원합니다. 저의 상태가 일정한 기간 동안 개선되지 않을 경우 저의 치료를 중단시킬 것을 제안하며, 이 기간은 _____으로 제안합니다. 정확한 기간은 저의 대리인이나 대리하는 사람의 재량으로 저의 담당의사와의 상담을 바탕으로 정합니다. 저는 통증완화를 위한 치료를 계속 받을 것이며, 이로써 저를 편안한 상태로 만들 것이라는 점을 이해합니다.

IV. 정신건강 진료 추가 안내 또는

저는 이 섹션을 작성하지 않습니다

귀하는 이 섹션을 사용하여 정신건강 진료에 관한 추가 안내를 할 수 있습니다. 귀하가 구체적인 안내를 하지 않는다면 귀하의 정신건강 진료는 귀하의 가치관과 소망을 알 수 있다면 이를 기본으로 할 것이며, 이는 법의 허용 범위 내에서 이뤄집니다.

A. 만일 의학적으로 적절하다면 저는 구체적으로 다음과 같은 정신건강 진료를 받을 것을 요청합니다:

B. 저는 구체적으로 다음과 같은 정신건강 진료를 받지 않을 것을 요청합니다:

C. 제가 정신건강에 관한 결정을 스스로 내릴 수 없다면, 이 문서 표지에 이름이 적힌 저의 대리인이 정신건강 결정 또한 내릴 수 있을 것입니다. 예 (Yes) 아니오 (No)

저는 이 문서를 이해하며 저의 의지와 자발성으로 서명합니다. 저는 또한 법에 의거, 언제든지 이 내용 전부 혹은 어느 부분이라도 철회할 수 있다는 것을 이해합니다. 저는 또한 언제든지 저의 보건의료 대리인을 변경시킬 수 있으며, 이는 보건의료에 대한 새로운 사전의사결정서를 작성하고 이의 사본을 저의 보건의료 전문가에게 제출함으로써 성립합니다.

환자 (서명): _____ 날짜: _____
(Patient (signature)) (Date)

저의 입회 하에 이 사전의사결정서에 이름이 기재되었고 서명한 사람(성인 2명의 증인이 필요함):

증인 (서명): _____ (인쇄체 이름): _____ 날짜: _____
(Witness (signature)) (print name) (Date)

증인 (서명): _____ (인쇄체 이름): _____ 날짜: _____
(Witness (signature)) (print name) (Date)

통역 안내 (해당할 경우 Inova 담당자가 작성):

Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

- In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____
- Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

버지니아 보건의료에 관한
사전의사결정서

Virginia Advance Directive for Health Conditions

KOREAN

