



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

제공받은 정보로 의사결정을 할 능력이 없다고 판단할 경우에 대한 저의 의지를 자발적으로 알립니다. 이 문서는 (날짜) _____ 에 이름(대리인 이름) _____ 을 저의 대리인으로 하여 제가 실행했던 저의 사전의사결정서의 부록입니다.

이 문서에는 제가 정신건강 위기 상태를 경험할 경우 저의 보건의료를 관장하기 위한 구체적인 안내가 포함됩니다.

I. 제가 반대하더라도 대리인에게 위임하는 특별 위임

이 섹션에는 저의 보건의료 대리인과 담당 의사가 저에게 필요하다고 믿지만 보건의료를 제가 반대하는 경우에 대한 구체적인 보건의료 안내가 있습니다.

대리인 위임 내용에는 다음 내용이 포함되어야 합니다:
 (대리인에게 위임하지 않고자 하는 부분에는 줄을 그으시기 바랍니다)

1. 제가 반대하지만 법의 허용에 의해 저를 정신 질환 치료를 위한 보건의료 시설에 입원시키는 권한.
2. 제가 반대하지만 법의 허용에 의해 저의 보건의료 대리인과 담당 의사가 저에게 필요하다고 판단하여 시행하는 보건의료 관련 권한. 제가 이 문서에서 서면으로 작성하거나, 저의 사전의사결정서에 포함되거나, 또는 아래에 별도로 기술하여 구체적으로 지시하지 않는 이상, 여기에는 모든 종류의 보건의료가 모두 포함될 수 있습니다.

저는 다음 종류의 보건의료에 대해서는 권한부여를 하지 않습니다:

[위에 제시된 어떤 권한이라도 귀하의 대리인에게 부여하기 위해서는 귀하의 담당 의사 또는 면허 정신과전문의가 아래 네모 안에 서명해야 합니다:]

저는 의사 또는 면허 정신과전문의로서 이 보건의료에 대한 사전의사결정서 부속문서를 작성한 사람을 익히 알고 있습니다. 저는 이 사람이 현재 제공된 정보에 의한 의사결정 능력이 있으며, 이 사전의사결정서 부록 1절에 의해 자신의 대리인에게 부여하는 특별 위임의 결과를 이해하고 있다는 사실을 증언합니다.

 의사 또는 면허 정신과전문의 (서명)
 (Physician or Licensed Clinical Psychologist (signature))

 의사 또는 면허 정신과전문의 (인쇄체 이름)
 (Physician or Licensed Clinical Psychologist (print name))

 날짜
 (Date)

 의사 또는 면허 정신과전문의 주소
 (Physician or Licensed Clinical Psychologist Address)

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____
 Date of Birth: _____ Medical Record #: _____
 Gender: Male Female

Inova

버지니아 정신건강 상태에 대한
 사전의사결정서 부록

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions

IAH IFH IFOH ILH IMVH **KOREAN**



II. 정신건강 진료 추가 지시 (해당할 경우)

[정신건강 진료에 관한 추가 안내를 하려면 이곳에서 할 수 있습니다. 귀하에게 대리인이 없어도 이 섹션을 사용하여 정신건강 진료를 지시할 수 있습니다. 귀하가 구체적인 지시를 하지 않는다면 귀하의 정신건강 진료 결정은 귀하의 가치관과 소망을 아는 경우는 이의 범위를 근거로 하고, 이 밖에도 귀하의 최대 이익에 부합되도록 할 것이며, 이는 법의 허용 범위 내에서 이뤄질 것입니다.]

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

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

C. [이 양식에 지시문을 작성하는 대신에 귀하의 정신건강 진료를 위기계획을 준수하여 제공하라고 지시할 수 있습니다. 귀하에게 위기계획이 준비되었다면 아래 네모에 체크하고 이 문서에 위기계획을 첨부하십시오.]

저에 대한 진료는 첨부하는 위기계획에서 표명한 제가 선호하는 방식에 순응하여 법적 범위 내에서 제공하도록 지시합니다.

확인과 철회권리: 아래에 서명함으로써, 저는 정신건강 진료에 대한 이 사전의사결정서 부록을 이해하며, 이의 실행은 저의 의지에 의해 자발적으로 이뤄진다는 점을 확인합니다. 저는 또한 법에 의거, 언제든지 이 내용 전부 혹은 어느 부분이라도 철회할 수 있다는 것을 이해합니다.

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

저의 입회 하에 이 사전의사결정서에 서명하고 이름을 적은 사람(성인 2명의 증인이 필요함):

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

주소: _____
 (Address)

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

주소: _____
 (Address)

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 정신건강 상태에 대한 사전의사결정서 부록

Virginia Advance Directive Supplement for Mental Health Conditions
KOREAN

