

귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없게 될 경우, 이 양식을 사용하여 귀하가 받는 의료 서비스에 대한 의견을 표명하십시오. 이 양식은 세 단계로 구성되어 있습니다:

Use this form to have a say in your medical care if you become unable to make your own decisions. The form has three steps:

1 단계: 의료 대리인 지정하기

Step 1: Name your health care agent

2 단계: 의료 지침 적기

Step 2: Write down your health care instructions

3 단계: 법적 효력을 발휘하기 위해 양식에 서명하기

Step 3: Sign the form to make it legal

이 양식은 사전 의료 지시서입니다:

This is the Advance Health Care Directive of:

이름

Name

생년월일

Date of Birth

이 양식이 작성되면:

When this form is complete:

- 의료진, 의료 대리인, 가족과 사본을 공유하십시오.
Share copies with your medical team, health care agent, and family
- 원본은 안전한 곳에 보관하십시오.
Keep the original in a safe place
- 자신이 받는 의료 서비스에서 무엇이 가장 중요한 지 의료 대리인 및 가족과 상의하십시오.
Talk with your health care agent and loved ones about what matters most to you in your health care

명심하십시오:

Remember:

- 귀하는 이 사전 의료 지시서를 철회하거나 변경할 권리가 있습니다.
You have the right to revoke or change this Advance Health Care Directive



- 새로운 사전 의료 지시서를 작성하여 이 사전 의료 지시서를 대체할 수 있습니다. 필요한 경우, 가장 최근의 사전 의료 지시서의 선택지를 따르게 됩니다.

You can replace this Advance Health Care Directive by completing a new one. If needed, the choices from your most recent Advance Health Care Directive would be followed

1 단계: 의료 대리인 지정하기

Step 1: Name Your Health Care Agent

귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 의료 대리인이 의료 결정을 내리는 데 도움을 줄 수 있습니다.

Your health care agent would help make health care decisions if you were unable to make them for yourself

의료 대리인은 다음과 같은 사람이어야 합니다:

Your health care agent should be someone who:

- 귀하를 잘 알고 의료진이 귀하의 건강 관리 우선순위를 이해하도록 도울 수 있습니다.
Knows you well and can help your medical team understand your health care priorities
- 귀하의 의사를 따르고 귀하를 위한 최선의 선택을 한다고 신뢰합니다.
You trust to follow your wishes and do what is best for you
- 응급 상황에서 연락이 가능합니다.
Can be reached in an emergency
- 18 세 이상이어야 합니다.
Is at least 18 years old

의료 대리인은 의료팀의 일원이 될 수 없습니다.

Your health care agent cannot be a member of your medical team

귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 의료 대리인이 다음 분야에서 선택하도록 도와 줄 수 있습니다:

If you become unable to make decisions for yourself, your health care agent can help choose:

- 병원, 진료소, 요양원 또는 거주지, 의료진 및 재택 간병인
Your hospital, clinic, nursing home or residence, medical team, and in-home caregivers
- 약물, 검사 및 치료
Medications, tests, and treatments
- 귀하의 의료 기록을 볼 수 있는 사람
Who can see your medical records
- CPR(심폐소생술), 기계식 인공호흡기(호흡기), 투석, 인공 영양 공급, 수혈 등과 같은 생명 유지 치료의 시작 또는 중단 여부
Whether to start or stop life support treatments like CPR (cardiopulmonary resuscitation), a mechanical ventilator (breathing machine), dialysis, artificial feeding, blood transfusions, and more
- 사망 후 시신 및 장기 처리 방법
What is done with your body and organs after you die

제 의료 대리인

My health care agent

이 사람이 제 의료 대리인이 되기를 원하고, 제가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없게 될 경우, 저에 대한 의료 결정을 내리는 데 도움을 주기를 원합니다:

I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

이름 Name	_____		
관계 Relationship	_____	전화 Phone	_____

(선택 사항) 나의 대체 의료 대리인

(Optional) My alternate health care agent

첫 번째 사람이 할 수 없는 경우, 이 사람이 제 의료 대리인이 되어 제가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없을 경우, 저에 대한 의료 결정을 내리는 데 도움을 주기를 원합니다:

If the first person cannot do it, I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

이름 Name	_____		
관계 Relationship	_____	전화 Phone	_____

(선택 사항) 나의 두 번째 대체 의료 대리인

(Optional) My alternate health care agent

첫 번째 및 두 번째 사람이 할 수 없는 경우, 이 사람이 제 의료 대리인이 되어 제가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없을 경우, 저에 대한 의료 결정을 내리는 데 도움을 주기를 원합니다:

If the first and second people cannot do it, I want this person to be my health care agent, to help make my health care decisions if I become unable to make them for myself:

이름 Name	_____		
관계 Relationship	_____	전화 Phone	_____

(선택 사항) 귀하가 선택한 의료 대리인에 대한 의견을 추가하십시오:

2 단계: 의료 지시서 적기

Step 2: Write Down Your Health Care Instructions

귀하가 중병에 걸리거나 부상을 입어 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우, **2 단계**는 귀하가 중요한 의료 결정에 대한 의사를 표명하는 데 도움이 됩니다.

If you become critically ill or injured, and you are unable to make your own decisions, Step 2 will help make sure you have a say about important health care decisions.

구체적인 지시: 생명 유지 치료

Specific instructions: life support treatments

생명 유지 치료는 죽음을 앞둔 귀하의 신체를 살리기 위해 시행하는 의학적 치료입니다. 여기에는 심폐소생술(CPR), 기계식 인공호흡기(호흡기), 투석, 영양 공급 튜브, 수혈 등이 포함될 수 있습니다.

Life support treatments are medical treatments that try to keep your body alive when it would otherwise die. They can include cardiopulmonary resuscitation (CPR), a mechanical ventilator (breathing machine), dialysis, feeding tubes, blood transfusions, and more.

제가 중병에 걸리거나 다쳐서 죽어간다면, 저는 다음을 원합니다:

(가장 동의하는 선택지 하나에 이니셜을 기입하십시오.)

If I were critically ill or injured, and dying, I would want to:

(Put your initials by the one choice you agree with most).

저를 살릴 수 있는 모든 생명 유지 치료를 시도하십시오. 호전될 가능성이 거의 없더라도 저는 생명 유지 치료를 계속하고 싶습니다.

Try all life support treatments that might keep me alive. I would want life support treatments to continue even if there was little hope of getting better.

저를 살릴 수 있는 연명 치료를 시도하십시오. 그러나 연명 치료가 회복에 도움이 되지 않거나 연명 치료 없이는 살 수 없는 경우, 연명 치료를 중단하고 싶습니다. 그 시점에서는 통증이나 고통을 완화하는 데 도움이 되는 자연스러운 죽음을 허용하고 싶습니다.

Have a trial of life support treatments that might keep me alive. But I would want to STOP life support treatments if they did not help me get better or I could not live without them. At that point, I would want to allow a natural death with help to ease pain or suffering.

통증이나 고통을 완화하는 데 도움을 받는 자연스러운 죽음을 허용하십시오. 생명 유지 치료를 원하지 않습니다.

Allow a natural death, with help to ease pain or suffering. I would not want life support treatments

잘 모르겠습니다.

I am not sure.

(선택 사항) 기타 의견 또는 지시사항:

(Optional) Any other comments or instructions:

증인이 이 부분을 작성합니다.

(공증인이 양식을 공증하지 않은 경우에만 필요합니다)

Witnesses Fill Out This Part

(This is only needed if a Notary has not notarized the form).

저는 이 사전 의료 지시서에 서명한 사람을 알고 있음을 확인합니다. 이 사람은 이 양식에 서명했거나 제 입회 하에 서명했음을 인정합니다. 그리고 그 사람은 정신이 온전하고 협박을 받지 않은 것으로 보입니다. 또한 저는 18 세 이상이며, 이 양식에 지정된 의료 대리인이 아님을 확인합니다. 저는 의료 서비스 제공자가 아니고, 의료 서비스 제공자의 직원이 아님을 확인합니다. 또는 이 사람이 거주하는 의료 시설의 직원이 아님을 확인합니다.

I confirm that I know the person who signed this advance health care directive; this person signed or acknowledged signing the form in my presence; and the person appears to be of sound mind and under no duress. I also confirm that I am 18 years or older; I am not the health care agent designated in this form; I am not the health care provider; and I am not an employee of the health care provider or any health care facility where this person resides.

증인 #1
Witness #1

서명 _____ 날짜 _____
Signature Date

이름 기재 _____
Print name

주소 _____
Address

증인 #2
Witness #2

서명 _____ 날짜 _____
Signature Date

이름 기재 _____
Print name

주소 _____
Address

증인 한 명도 이 진술서에 서명해야 합니다:

저는 또한 이 양식에 서명한 사람과 혈연, 결혼 또는 입양으로 인한 친인척이 아님을 확인합니다.

저는 이 사람이 사망한 후 재정적 이익(금전 또는 재산 수령)을 취하지 않을 것입니다.

One witness must also sign this statement:

I also confirm that I am not related to the person who signed this form by blood, marriage, or adoption.

I will not benefit financially (receive money or property) after this person dies.

서명 _____

Signature

공증인이 이 부분을 작성합니다.

(증인 2 명이 양식에 서명하지 않은 경우에만 필요함)

Notary Public Fills Out This Part

(This is only needed if two witnesses have not signed the form).

캘리포니아주

State of California

_____ **카운티**

County of

공증인 확인 증명서

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

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC

A Notary Public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

_____ (날짜)에 제가 참석 한 가운데 _____ (이)가 개인적으로 출석하여 만족할 만한 증거에 근거하여 본인(들)이 본 문서에 서명된 사람(들)임을 증명하고, 본인(들)이 본인의 권한으로 이를 실행했으며, 문서에 서명함으로써 본인(들) 또는 본인(들)을 대신하여 행동한 단체가 그 사람(들)을 대신하여 행동한 법인이 해당 문서를 실행했음을 증명합니다.

On ____ before me, _____, personally appeared _____ who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) who 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

저는 캘리포니아주 법률에 따른 위증죄 처벌에 따라 위 조항이 사실이며 정확함을 증명합니다.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

내 손과 공식 인장을 목격하십시오.

WITNESS my hand and official seal.

(공증인 인감)
(Notary Seal)

서명

Signature

환자 옹호자 혹은 옴부즈맨이 이 부분을 작성합니다.

(전문 간호 시설에 있는 환자인 경우에만 필요합니다.)

Patient Advocate or Ombudsman Fills Out This Part

(This is only needed if you are a patient in a skilled nursing facility).

저는 캘리포니아주 법률에 따른 위증죄 처벌에 따라 주 노인국에서 지정한 환자 옹호자 또는 옴부즈맨이며 유언
검인법 제 4675 조에 따라 증인으로 봉사하고 있음을 선언합니다.

I declare under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that I am a patient advocate or ombudsman as
designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

날짜 _____ 시간 _____
Date Time

서명 _____
Signature

이름 기재 _____
Print name

주소 _____
Address

양식 개정 2024 년 2 월

Form revision 2/2024