

## 1단계: 의학적 치료 대리인을 선택합니다.

본인이 스스로 의사결정을 하지 못하게 될 경우 나를 대신해 의학적 치료 선택을 해 줄 것으로 믿을 수 있는 사람을 지명하시면 됩니다. 나와 가까운 사람, 가족이나 친구 중에서 생각해 보세요. 나의 의학적 치료 대리인 역할을 해 줄 만한 사람을 선택하세요. 그 사람에게 대리인 역할을 해 줄 수 있겠는지 물어보세요.

### 다음에 해당되는 가족이나 친구를 선택하세요:

- 18세 이상이고 나를 잘 압니다
- 나를 위해 대리인 역할을 맡아 줄 의사가 있습니다
- 내가 바라는 바에 따라 힘든 결정을 내릴 수 있습니다
- 내가 이 문서에 기재한 내용을 의료진과 가족에게 효과적으로 전달해 줄 수 있습니다

### 의학적 치료 대리인의 역할:

- 내가 어디서 치료를 받을지 결정할 수 있습니다
- 의료진을 선택 또는 거부할 수 있습니다
- 의약품 투여, 검사 및 치료에 대해 예/아니요라고 말할 수 있습니다
- 내가 사망한 후 시신과 장기 처리 방법에 대해 얘기할 수 있습니다
- 내 희망을 따르는 데 필요한 법적 조치를 취할 수 있습니다

그 사람이 가족의 일원인 경우를 제외하고, 담당 의사나 내가 치료를 받고 있는 병원 또는 클리닉에서 근무하는 사람은 나의 의학적 치료 대리인이 될 수 **없습니다**.

## 의학적 치료 대리인을 지명합니다.

### 1) 본인은 본인이 스스로 의학적 결정을 내릴 수 없는 경우 이 사람이 본인을 대신해 결정을 내리기를 원합니다:

이름	성	관계	
집/휴대전화	직장	이메일	
상세 주소	시	주	우편번호

### 첫 번째 사람이 본인의 의료적 결정을 내릴 수 없는 경우 본인은 이 사람이 대신 결정을 내리기를 원합니다:

이름	성	관계	
집/휴대전화	직장	이메일	
상세 주소	시	주	우편번호

### 2) 다음 중 동의하시는 문장 옆에 X 표시하세요:

\_\_\_ 본인의 의학적 치료 대리인은 본인이 스스로 결정을 내릴 수 없게 된 경우에 **한해** 본인 대신 결정을 합니다.

**또는**

\_\_\_ 본인의 의학적 치료 대리인은 본인이 이 양식에 서명한 **직후부터** 본인 대신 결정을 할 수 있습니다.

--

사전 의료 지시서의 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요)	생년월일
--	------

## 2단계: 본인이 원하는 의학적 치료를 선택합니다.

귀하의 삶을 살 만한 가치가 있게 만드는 것은 무엇입니까?

### 1) 내 삶은(A와 B 중 선택):

- A) 내가 아무리 아파도 항상 살 만한 가치가 있다
- B) 아래 경우에만 살 만한 가치가 있다(본인에게 해당되는 것은 모두 체크표시하세요):
  - 내가 가족 및 친구들과 얘기할 수 있는 경우
  - 혼수상태에서 깨어날 수 있는 경우
  - 나 혼자 힘으로 식사하거나, 씻거나, 스스로를 돌볼 수 있는 경우
  - 통증을 느끼지 않을 수 있는 경우
  - 기계 장치에 연결되지 않은 상태로 살 수 있는 경우
  - 잘 모르겠습니다

### 2) 만약 내가 죽어가고 있다면 이것은 내게 중요하다(1개 선택):

- 내 집에 있는 것
- 병원이나 다른 치료 센터에 있는 것
- 치료받는 장소는 내게 중요하지 않다

## 종교 또는 영적 신념

### 1) 귀하에게는 종교나 영적인 부분이 중요합니까?

- 예     아니요

### 2) 귀하에게는 종교나 신앙 전통이 있습니까? 있다면 무엇입니까?

---

### 3) 귀하의 종교적 또는 영적 신념에 대해 담당 의사들이 알아야 할 것은 무엇입니까?

---

---

---

사전 의료 지시서의 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요)

생년월일

## 2단계: 본인이 원하는 의학적 치료를 선택합니다(계속).

### 생명 유지 장치

귀하의 생명을 유지하기 위해 생명 유지 절차가 사용될 수 있습니다. 여기에 포함되는 것:

**CPR(심폐소생술)** - 다음 조치가 진행될 수 있습니다:

- 심장이 계속 뛰도록 흉부를 세게 압박합니다
- 심장이 다시 뛰게 만들기 위해 전기 충격을 가합니다
- 정맥에 의약품을 주입합니다



**인공호흡기** - 펌프 작용을 통해 허파에 공기를 주입하고 목구멍에 삽입한 관을 통해 대신 호흡을 진행합니다. 인공호흡기 사용 중에는 말하거나 먹을 수 없습니다.



**투석** - 신장이 제 역할을 못하는 경우 기계가 대신 노폐물을 제거해 혈액을 정화시킵니다.

**경장영양 급식관** - 삼킬 수 없는 경우 관을 통해 몸에 음식을 공급합니다. 급식관은 목구멍을 거쳐 위로 연결되도록 삽입합니다. 수술적 방법으로 삽입할 수도 있습니다.



**수혈** - 정맥에 혈액을 주입하게 됩니다.

**수술 및/또는 투약**

### 본인의 의사에 가장 가깝게 해당되는 항목 1개를 선택해 옆에 X 표시하세요.

내가 심하게 아파 곧 죽을 수 있는 상황인 경우:

- \_\_\_ 담당 의사들이 도움이 될 수 있다고 판단하는 모든 생명 유지 치료를 시도해 주십시오. 치료가 효과가 없고 나아질 희망이 거의 없는 경우, 제가 고통을 받더라도 **저는 생명 유지 장치를 계속 사용하기를 원합니다.**
- \_\_\_ 담당 의사들이 도움이 될 수 있다고 판단하는 모든 생명 유지 치료를 시도해 주십시오. 치료가 효과가 없고 나아질 희망이 거의 없는 경우, **저는 생명 유지 장치 사용을 중단하기를 원합니다.** 제가 고통 받고 있는 경우 저는 그대로 죽을 수 있도록 생명 유지 치료를 중단하기를 원합니다.
- \_\_\_ **저는 생명 유지 치료를 원치 않습니다.** 저에게는 제 자신의 편안함이 중요합니다. 저는 자연스럽게 죽음을 맞기를 원합니다.
- \_\_\_ 저는 제 **의학적 치료 대리인**이 결정하기를 원합니다.
- \_\_\_ 저는 어떤 조치를 원하는지 잘 모르겠습니다.

사전 의료 지시서의 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요) 생년월일

## 2단계: 본인이 원하는 의학적 치료를 선택합니다(계속).

### 장기 기증

담당 의사가 귀하 사망 후 장기 기증과 부검에 대해 여쭙볼 수 있습니다. 장기를 기증하시면 또 다른 생명을 구할 수 있습니다. 본인의 의사에 가장 가깝게 해당되는 항목 **1개**를 선택해 옆에 X 표시하세요.

— 저는 제 장기를 기증하기를 **원합니다**:

— 사용 가능한 모든 장기.

— 특정 장기 한정(기증하고자 하는 장기 또는 조직을 구체적으로 기재해 주세요).

— 저는 제 장기 기증을 **원치 않습니다**.

— 저는 제 **의학적 치료 대리인**이 결정하기를 원합니다.

— 저는 어떤 조치를 원하는지 잘 모르겠습니다.

### 부검

부검은 누군가 사망했을 때 그 사망 원인을 확인하기 위해 실시될 수 있습니다. 부검은 수술적 절차입니다. 며칠이 소요될 수 있습니다. 법에 따라 반드시 부검이 필요한 경우도 있습니다. 본인의 의사에 가장 가깝게 해당되는 항목 **1개**를 선택해 옆에 X 표시하세요.

— 저는 부검을 **원합니다**.

— 저는 부검을 **원치 않습니다**.

— 저는 제 사망 원인(들)에 대해 **의문의 있는 경우에 한해** 부검을 원합니다.

— 저는 제 **의학적 치료 대리인**이 결정하기를 원합니다.

— 저는 어떤 조치를 원하는지 잘 모르겠습니다.

사전 의료 지시서의 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요)

생년월일



## 3단계: 본인의 의학적 치료 대리인이 갖는 권한을 설명합니다.

귀하의 의학적 치료 대리인은 다음 항목에 관해 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다:

### 연명 치료 - 생명 연장에 도움이 되는 의학적 치료:

- CPR(심폐소생술)
- 인공호흡기
- 투석
- 경장영양 급식관
- 수혈
- 수술
- 약물 투여

### EoLC(생애 말기 치료)

곧 사망할 것으로 예상되는 경우 귀하의 의학적 치료 대리인은:

- 종교 지도자에게 연락할 수 있습니다
- 집에서 죽음을 맞이할지 병원에서 맞이할지 결정할 수 있습니다
- 부검 실시 여부를 결정할 수 있습니다
- 장기 기증 여부를 결정할 수 있습니다
- 매장 또는 화장 장소를 결정할 수 있습니다

### 귀하는 귀하의 의학적 치료 대리인이 귀하의 의료적 바람을 어떻게 따랐으면 하십니까?

본인의 의사에 가장 가깝게 해당되는 항목 1개를 선택해 옆에 X 표시하세요:

- **전적인 융통성:** 제 의학적 치료 대리인은 제 담당 의사와 상의한 후 해당 시점에 저에게 최선의 선택이라고 판단하는 경우 제 의료적 결정 중 **어느** 항목이든 변경할 수 있습니다.
- **어느 정도 융통성:** 제 의학적 치료 대리인은 제 담당 의사와 상의한 후 해당 시점에 저에게 최선의 선택이라고 판단하는 경우 제 의료적 결정 중 **일부** 항목을 변경할 수 있습니다.
- **최소한의 융통성:** 저는 제 의학적 치료 대리인이 제 의료적 바람을 가능하면 최대한 가깝게 따라 주기를 원합니다. 의사들이 달리 권유하더라도 제 결정을 존중해 주시기 바랍니다.

### 필요한 경우 페이지를 추가해 아래 질문에 답해 주세요.

다음은 제 바람 중 꼭 존중해 주셨으면 하는 것입니다:

---



---



---

귀하의 의학적 치료 대리인이 내리지 **않기**를 원하는 결정이 있으면 적어 주세요:

---



---



---

사전 의료 지시서의 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요) 생년월일

## 4단계: 양식에 서명합니다.

### 본인 서명

#### 본 양식을 사용할 수 있으려면 반드시:

- 18세 이상인 경우 본 양식에 서명하세요
- 증인 2명에게 양식에 서명을 받거나 **또는** 공증인에게 공증을 받으도록 하세요

#### 본인 이름을 서명하고 날짜를 기재하세요.

서명	날짜
정자체 이름	
상세 주소	시 주 우편번호

### 증인

본 양식을 사용하려면 그 전에 반드시 증인 2명에게 서명을 받거나 **또는** 공증인에게 공증을 받아야 합니다.

#### 증인은 반드시:

- 18세 이상이어야 합니다
- 나를 아는 사람이어야 합니다
- 내가 이 양식에 서명했음을 인정해야 합니다

#### 증인은 절대:

- 귀하가 의학적 치료 대리인으로 지명하는 사람이어서는 안 됩니다
- 담당 의사 또는 기타 의료진이어서는 안 됩니다
- 내가 이용하는 의료 센터 또는 의원에서 일하는 직원이어서는 안 됩니다
- 내가 거주하는 시설에서 일하는 사람이어서는 안 됩니다

#### 또한 증인 **최소 1명**은 절대:

- 나와 어떤 식으로든 친척 관계여서는 안 됩니다
- 내 사망 후 금전적으로 이득을 보는(돈 또는 재산을 물려받을 자격이 있는) 사람이어서는 안 됩니다
- 전문 요양 시설에 거주하고 계신 경우 옴부즈만이나 환자 권익 옹호자 역할을 하세요(9페이지 참조)

**증인 2명을 확보할 수 없는 경우 대신 공증인이 9페이지에 서명할 수 있습니다.**

--	--

사전 의료 지시서의 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요)	생년월일
--	------

## 4단계: 양식에 서명합니다, 계속.

### 증인들의 서명

증인들이 이 페이지를 작성하도록 하세요.

본인(증인)은 이에 서명함으로써 \_\_\_\_\_ 작성자가 이 양식에 서명했음을 증명합니다. 사전 의료 지시서 작성자 본인의 이름

본인은 이 사람이 정신이 또렷한 상태였고 강압에 의해 이 양식에 서명하지 않았다고 믿습니다.

#### 저는 다음 사항도 증명합니다:

- 저는 이 사람을 알고 있고 이 사람은 아래와 같다는 것을 증명할 수 있었습니다
- 저는 18세 이상입니다
- 저는 이 사람의 의학적 치료 대리인이 아닙니다
- 저는 이 사람의 의료진이 아닙니다
- 저는 이 사람이 이용하는 의료 기관에서 일하지 않습니다
- 저는 이 사람이 거주하는 시설에서 일하지 않습니다

#### 증인 1(아래 서명하는 분)은 반드시 다음 사항도 증명해야 합니다:

- 저는 이 사람과 전혀 친척 관계가 아닙니다
- 저는 이 사람 사망 후 금전적으로 이득을 보는(돈 또는 재산을 물려받을 자격이 있는) 사람이 아닙니다

### 증인 1

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

정자체 이름 \_\_\_\_\_

상세 주소 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

### 증인 2

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

정자체 이름 \_\_\_\_\_

상세 주소 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

사전 의료 지시서의 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요)

생년월일 \_\_\_\_\_



## — 기관용 —

### 4단계: 양식에 서명합니다 - 필요한 경우 공증인 서명.

증인 2명의 서명을 받지 못한 경우에 **한해** 공증인에게 서명을 부탁드립니다. 공증인의 서명을 받으려면 운전면허증이나 여권 같은 사진이 포함된 신분증을 가져가셔야 합니다.

#### 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.

#### State of California

County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_  
Date Name and title of officer

personally appeared \_\_\_\_\_  
Name(s) of signer(s)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose 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.

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

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_  
Signature of notary

(Notary Seal)

#### 캘리포니아 전문 요양 시설 거주자 전용

요양 시설에 거주하고 계신 경우에 한해 요양 시설 디렉터에게 이 양식을 제출하세요. 캘리포니아 법률에 따라 요양 시설 거주자는 반드시 요양 시설 ombudsman을 사전 의료 지시서 증인의 한 사람으로 사용해야 합니다.

#### 환자 권익 옹호자 또는 ombudsman의 진술서

“본인은 본인이 캘리포니아 주 노인부(State Department of Aging)의 지정을 받은 환자 권익 옹호자 또는 ombudsman이며, 현재 유언검인법(Probate Code) 제4675조에서 정하는 바에 따라 증인 역할을 수행하고 있음을 증명하며, 위증 시 캘리포니아 법률에 따라 위증죄에 대한 법적 처벌을 받을 것입니다.”

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

정자체 이름 \_\_\_\_\_

상세 주소 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

사전 의료 지시서의 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요)

생년월일

## 5단계: 작성한 사전 의료 지시서 사본 1부를 제출합니다.

일단 본인의 사전 의료 지시서에 서명하고 증인 목격 및/또는 공증이 완료되고 나면 원본은 보관하고 1-9페이지를 복사해 다음으로 보냅니다:

- 의학적 치료 대리인
- 친구
- 병원
- 가족
- 의료진

### 작성한 사전 의료 지시서 전달 방법:

1. 다음 방문하실 때 원하는 Providence St. Joseph Health 의사나 병원에 **사본** 한 부를 전달해 주세요.
2. 반송 우표를 붙인 봉투(이용 가능한 경우)를 사용해 **사본** 한 부를 발송합니다.
3. 이용하시는 Providence St. Joseph Health 병원에 팩스나 이메일(가능한 경우)로 보냅니다:

Mission Hospital, Laguna Beach  
Mission Hospital, Mission Viejo  
St. Joseph Hospital Orange  
St. Jude Medical Center  
St. Mary Medical Center  
Petaluma Valley Hospital  
Queen of the Valley Medical Center  
Redwood Memorial Hospital  
Santa Rosa Memorial Hospital  
St. Joseph Hospital, Eureka  
**팩스: 714-771-8965**

또는

**이메일: [SJMROI@stjoe.org](mailto:SJMROI@stjoe.org)**  
(제목: 사본 1부를 제출합니다)

Providence Holy Cross Medical Center  
Providence Saint Joseph Medical Center (Burbank)  
Providence Saint John's Health Center  
Providence Little Company of Mary Medical  
Center Torrance  
Providence Little Company of Mary Medical  
Center San Pedro  
**팩스: 310-303-5469**

Providence Tarzana Medical Center  
**팩스: 818-708-5368**

*병원이 여기 나와 있지 않은 경우 해당 병원에 연락해 팩스 번호를 문의하세요.*

사전 의료 지시서 작성이나 제출 방법과 관련해 궁금한 사항이 있으시면 아래 연락처로 연락해 주시기 바랍니다:

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**  
**424-212-5444**

본 작업물의 일부는 Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License에 따라 라이선스 사용 허가를 받았습니다. 해당 라이선스를 확인하시려면 <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/>을 방문하시거나 Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA로 우편 문의해 주시기 바랍니다.

개정일: 2018/11

특별한 감사 인사를 전합니다:

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA