Cedars Sinai

단계별 가이드

사전 의료 의향서 작성하기

사전에 의료 계획을 세우면 귀하의 의료와 관련된 목표, 가치관, 선호 사항을 다른 이들에게 알릴 수 있습니다. 미리 계획을 세우는 것이 중요하며, 귀하 자신을 표현할 가장 적절한 시기는 바로 지금입니다.

사전 의료 의향서를 작성함으로써 귀하와 가까운 사람들이 어느 한 시점에 귀하를 대신하여 확신을 가지고 의사를 표명할 수 있도록 지침을 제공합니다.

본 단계별 가이드는 귀하에게 가장 중요한 것이 무엇인지 생각할 수 있는 기회와 도움을 드리기 위해 고안되었습니다. 귀하 자신에게 알맞는 방식으로 의향서를 작성하는 데 있어 제시된 설명문과 신중히 고안된 질문이 도움이 될 것입니다. 본 가이드의 각 페이지 옆 끝 부분 색상 막대에 표시된 섹션은 귀하의 의향서 섹션과 일치합니다.

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

시작해 봅시다!

목차

파트 1:

나의 의료 대리인

섹션 A: 나의 의료 대리인 선정하기 3~4

섹션 B: 나는 의료 대리인이 언제부터 나를 대신해서 의사를 표명하기를 원하는가? 5

파트 2:

나의 의료에 대한 목표, 가치관, 선호 사항

섹션 A: 삶의 질 6~9

섹션 B: 치료 범위 10~11

파트 3(선택적):

추가 선호 사항

장기 기증

사망 후 내가 바라는 사항 12

파트 4:

나는 내 사전 의료 의향서가 얼마나 엄격히 그대로 지켜지기를 바라는가? 13

파트 5(선택적):

나의 담당 의사 지명하기 14

파트 6:

내 사전 의료 의향서에 서명하기 15

자주 묻는 질문 17~18

추가 리소스 뒤표지

파트 1:

나의 의료 대리인

섹션 A: 나의 의료 대리인 선정하기

- 이 섹션은 귀하의 의향서 파트 1, 섹션 A(2페이지)를 작성하는 것을 돕기 위해 고안되었습니다.

귀하의 의료 대리인(Durable Power of Attorney for Healthcare 또는 DPOA라고도 함)을 지명하는 부분입니다.

여기에 몇 가지 알아야 할 사항이 있습니다.

의료 대리인이란 무엇인가?

의료 대리인은 귀하가 신뢰하는 사람으로서 의료 관련 목표, 가치관, 선호 사항에 대한 귀하의 의사를 전달합니다. 귀하의 의료 대리인을 선택하는 중요한 결정을 내리면, 귀하 의향서의 이 섹션에 그 사람의 이름을 기재합니다.

나의 의료 대리인은 무엇을 하는가?

귀하의 의료에 관한 의사 결정에 귀하가 (참여하지 않기로 선택하거나) 참여할 수 없을 경우, 귀하의 의료 대리인이 다음 일을 수행하는 매우 중요한 역할을 합니다.

- 의료 제공자와 만나서 귀하의 건강 관련 상담을 한다
- 귀하의 약, 검사, 치료에 관하여 의논한다
- 의사가 필요하다고 판단하는 시술 및 수술에 대해 귀하를 대신하여 동의를 제공한다
- 귀하가 언제, 어디서 진료를 받을지 결정한다
- 필요할 경우 귀하의 의무 기록 및 정보를 검토한다
- 필요할 경우 귀하의 의무 기록 공개를 허락한다
- 귀하의 바라는 사항, 즉 장기 기증, 부검, 장례식 절차 준비(화장 또는 매장 포함) 등 관련 사항들이 이행되도록 한다(또는 귀하가 바라는 사항을 표명하지 않았을 경우, 귀하를 대신하여 의사를 표명한다)

참고: 귀하의 의료 대리인은 귀하의 의료비를 지불하거나, 재정적 또는 법적 관련 사항을 처리하는 책임을 지지 않습니다.

나의 의료 대리인으로 누구를 선택해야 하는가?

귀하의 의료 대리인 선택은 귀하의 결정입니다. 대부분의 사람들은 자신과 가장 가까운 사람을 선택하며, 배우자, 연인, 형제/자매, 성인 자녀, 절친한 친구 또는 자신이 신뢰하는 사람이 될 수 있습니다. 가장 중요한 것은 정서적으로 힘든 상황에서도 귀하의 의사를 전달할 사람을 선택하는 것입니다.

의료 대리인은 다음 요건을 충족해야 합니다.

- 18세 이상
- 귀하를 잘 아는 사람
- 귀하가 바라는 사항을 지켜줄 것이라고 믿는 사람
- 항상 쉽지 않지만 필요한 선택을 할 수 있는 사람
- 침착하고 명확하게 생각할 수 있는 사람
- 의료 제공자와 가족 구성원과 효과적으로 의사소통을 할 수 있는 사람
- 귀하 대리인의 역할을 수행할 의향이 있는 사람

귀하는 또한 다음 사항을 염두에 두어야 합니다.

- 의료 대리인은 귀하와 가까운 곳에 반드시 거주하지 않아도 되며, 대리인 의무를 수행할 의향과 시간만 있으면 됩니다.
- 귀하의 진료에 적극적으로 참여하고 있으며 면허증을 소지한 의료 전문가는 의료 대리인이 될 수 없습니다.

내가 만약 의료 대리인을 선택하지 않으면 어떻게 되는가?

귀하가 신뢰하는 사람이 귀하를 대신하여 의료진과 의사소통하는 것을 원하면 의료 대리인을 지명하는 것이 가장 최선의 방법입니다.

그러나, 의료 대리인을 반드시 선정해야 하는 것은 아닙니다. 귀하가 의료 대리인을 지명하지 않고, 향후에 자신의 의료 가치관과 선호 사항을 표현할 수 없게 되면, 의료진은 귀하와 가장 가까운 사람과 소통하여 귀하에게 가장 중요한 것이 무엇인지 최선을 다해 판단하게 됩니다. 이 방식은 이상적인 것이 아님을 유념하시기 바랍니다. 귀하의 삶에서 여러 사람들 사이에 상충이 있는 경우 의료 대리인 없이는 귀하에게 중요한 것이 무엇인지를 담당 의사가 파악하기가 어려울 수 있습니다.

대체 의료 대리인 - 한 사람 이상 열거해야 합니까?

간단한 답은 "아니요" 입니다. 그러나, 의향서에 일차 의료 대리인과 여러 명의 대체 의료 대리인을 지명할 수 있습니다. 우선 순위로 일차 의료 대리인과 연락이 되지 않거나 의료 대리인 역할을 이행할 의향이 없을 경우, 대체 의료 대리인에게 연락을 취하게 됩니다. 이런 이유로 대체 의료 대리인을 지명하는 것이 중요합니다.

귀하의 의료 대리인을 선택하고 의향서를 완료한 후, 그 사람과 귀하의 선택에 대하여 의논하고 의향서 사본을 제공하십시오.

귀하의 생각이 나중에 바뀌는 경우, 의향서를 새로 작성하여 귀하의 선택을 언제든지 변경할 수 있습니다.

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

- 이 섹션은 귀하의 의향서 파트 1, 섹션 B(3페이지)를 작성하는 것을 돕기 위해 고안되었습니다.

의료 대리인이 언제부터 귀하를 대신해서 의사 표명하기를 원하는지 이 섹션에서 명시합니다.

귀하가 자신의 의료에 관한 의사결정에 가능한 한 오랫동안 참여하기를 원하면 옵션 1을 선택합니다:
"내가 내 자신의 목표, 가치관, 선호 사항을 표현할 수 없다고 담당 의사가 판단할 때."

그러나, 의료 대리인이 귀하의 의료에 관한 의사결정에 즉시 참여하기를 원하면 옵션 2를 선택합니다:
"내가 내 자신의 의사를 표명할 수 있다고 하더라도, 이 시간 이후부터."

귀하의 생각이 나중에 바뀌는 경우, 의향서를 새로 작성하여 귀하의 선택을 언제든지 변경할 수 있습니다.

파트 2:

나의 의료에 대한 목표, 가치관, 선호 사항

섹션 A: 삶의 질

- 이 섹션은 귀하의 의향서 파트 2, 섹션 A(4페이지)를 작성하는 것을 돕기 위해 고안되었습니다.

이 섹션에서는 귀하가 허용할 수 있는 삶의 질이란 어떤 것인지 담당 의료진에게 전달할 수 있습니다. 귀하의 가치관, 그리고 귀하에게 가장 중요한 것이 무엇인지 담당 의료진이 파악하는 데 이 정보가 도움이 될 것입니다. 어려운 주제가 될 수 있지만 다음에 대해 생각할 수 있는 기회입니다.

- 내 생명을 영위할 가치가 있도록 만드는 것은 무엇인가?
- 나의 정신적, 신체적 건강에 있어서 내가 가장 가치를 두는 것은 무엇인가?
- 무엇 없이는 나는 살 수 없는가?

다음 페이지들은 본 섹션을 작성하는 데 도움이 될 수 있는 일련의 질문입니다.

세 가지 고려 사항으로 구분되어 있습니다: ***물리적, 신체적 능력, 인지적 능력***, 그리고 ***대인 관계, 사회적 및 지역사회 관련 능력***. 각 문구에 대해 귀하가 매기는 점수에 따라, 의향서 본 섹션의 해당 공간에 귀하가 가장 중요한 것으로 여기는 것이 무엇인지 언급하실 수 있습니다.

지침 사항

다음 페이지에 나온 각 문구를 읽고, 해당 문구가 나타내는 삶의 분야가 귀하에게 얼마나 중요한지 가장 정확하게 반영하는 숫자에 동그라미를 치십시오.

1에서 5까지의 다음 척도를 사용하십시오.

1: 중요하지 않다

이것이 없어도 나는 살 수 있다

3: 어느 정도 중요하다

이것이 나에게 중요하지만 없어도 살 수 있다

5: 매우 중요하다

이것이 없으면 나는 살 수 없다

물리적, 신체적 능력

내 모든 일상에서 완전히 독립적으로 활동할 수 있는 능력(예: 스스로 식사, 스스로 목욕, 스스로 옷 입기)

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

내 신체적 기능을 조절할 수 있는 능력(예: 대장, 방광)

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

가능한 한 (통증 없이) 편안한 상태

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

기계적인 생명 유지 장치에 영구적으로 연결되지 않고 생활함

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

침대 밖으로 나갈 수 있음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

걸을 수 있음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

다른 사람의 도움 없이 이동할 수 있음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

집 밖에 나갈 수 있음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

파트 2, 섹션 A(계속)

인지적 능력

나의 의료에 관한 의사결정에 참여할 수 있음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

깨어 있음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

의식이 있음(인식할 수 있음)

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

명료하게 생각할 수 있음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

파트 2, 섹션 A(계속)

대인 관계, 사회적 및 지역사회 관련 능력

내가 다른 사람에게 무거운 짐이 되지 않는다는 점을 앎

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

다른 사람과 말을 나눔

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

다른 사람들과 어떤 방식으로든 의사소통을 함

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

(낯선 사람이 아닌) 내 가족이나 친구가 나를 돌봄

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

내 가족의 행복과 복지에 기여함

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

장기간 요양 시설(병원 또는 양로원)에서 생활하지 않음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

홀로 죽지 않음

중요하지 않다		어느 정도 중요하다		매우 중요하다
1 ◯	2 ◯	3 ◯	4 ◯	5 ◯

귀하의 의향서에 표시된 줄쳐진 공간에 추가로 귀하의 생각을 기록하셔도 좋습니다. 또한 상기 응답 페이지들을 귀하의 의향서에 첨부하여 포함시킬 수도 있습니다.

섹션 B: 치료 범위

이전 섹션에서 귀하는 삶의 **질**에 대해 생각해 볼 기회가 있었습니다. 이 섹션에서는 그 삶의 질을 성취하기 위해 **몇 가지 의료 시술, 치료 또는 중재술을** 받을 의향이 있는지에 대해 살펴보도록 하겠습니다.

- 이 섹션은 귀하의 의향서 파트 2, 섹션 B(5페이지)를 작성하는 것을 돕기 위해 고안되었습니다.

의료 시스템은 대부분의 경우 신체의 생명을 유지하는 데 필요한 모든 시술, 치료, 중재술을 반드시 제공되도록 설계되어 있습니다. 귀하가 이에 동의할 수도, 또는 동의하지 않을 수도 있습니다. 그렇기 때문에 귀하가 선호하는 사항이 무엇인지 생각해 두는 것이 매우 중요합니다.

이 섹션에서는 아래 문장을 완성해 주십시오.

"담당 의사가 내가 4페이지에 언급한 삶의 질을 영위하는 상태로 회복할 수 있는 합당한 가능성이 있다고 판단하는 경우, 나는 다음 의료 처치를 받을 의향이 있습니다(귀하가 바라는 사항과 가장 가까운 옵션을 선택하세요)"

선택할 수 있는 세 가지 옵션은 다음과 같습니다.

옵션 1:

담당 의료진이 제공하는 모든 시술, 치료 및 중재술

이 옵션을 선택하면 귀하의 목표를 성취하기 위해 정도의 제한 없이 침습적 의료 시술, 치료 또는 중재술을 받을 의향이 있음을 의료 제공자에게 알리는 것입니다.

만약 저희가 귀하에게 모든 시술, 치료, 중재술을 제공하는 경우, 이로 인해 의도치 않은 부작용이 발생할 수 있음을 반드시 유념하셔야 합니다. 항상 담당 의료 제공자는 의도치 않은 부작용 발생을 최소화하기 위해 노력하지만, 그럼에도 불구하고 합병증이나 부작용을 귀하가 경험할 수 있습니다.

옵션 2:

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

어떤 사람들은 특정 의료 중재술을 받지 **<u>않기를</u>** 원하며, 이에 대한 생각이 확고합니다. 이 옵션을 선택하면 귀하는 **<u>절대</u>** 겪고 싶지 않다고 스스로 **<u>알고</u>** 있는 특정한 사항에 대해 담당 의료 제공자에게 알리는 것입니다. 예를 들어, 호흡 장치(예: 인공 호흡기)에 연결되는 것, 가슴압박이나 전기충격을 받는 것 등이 있습니다. 담당 의료 제공자는 귀하가 허용하지 않는 것을 귀하에게 절대로 시행하고 싶지 않기 때문에 이 정보는 매우 중요합니다.

특정 의료 시술, 치료, 중재술을 받을 의향이 있는지 여부를 생각할 때 유념할 몇 가지가 있습니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 해당 의료 처치가 어느 정도로 침습적인가
- 해당 의료 처치의 위험도가 얼마나 높은가
- 해당 의료 처치가 얼마 동안 필요한가
- 해당 의료 처치로 인해 겪을 수 있는 통증과 고통이 어느 정도인가
- 해당 의료 처치의 성공 가능성
- 귀하와 귀 가족에게 미칠 수 있는 정서적, 재정적, 또는 사회적 영향
- 신앙 또는 종교와 관련된 의미

옵션 3:

이 모든 정보에도 불구하고 이 질문에 어떻게 답해야 할지 여전히 확실하지 않을 수도 있습니다. 그럴 경우, 다음의 세 번째 옵션을 선택하십시오.

잘 모름.

이 옵션을 선택하면, 말 그대로 아직 잘 모르겠다는 의미입니다. 그래도 괜찮습니다. 언제든지 귀하의 생각을 (그리고 귀하의 사전 의료 의향서를) 바꿀 수 있습니다. 안심하십시오. 담당 의료진은 어떤 시술, 치료 또는 중재술이든 귀하에게 시행하기 전에 귀하와 또는 귀하의 의료 대리인과 항상 먼저 확인하는 데 최선을 다할 것입니다.

이 부분에 대해서 질문이 있으시면, 담당 의사와 귀하와 가장 가까운 사람들과 의논하시기 바랍니다. 이와 같은 중요한 결정을 내리는 데 귀하에게 도움이 될 수 있는 유용한 여러 리소스가 본 가이드의 뒤표지에 열거되어 있습니다.

파트 3(선택적):

추가 선호 사항

- 이 섹션은 귀하의 의향서 파트 3(7페이지)을 작성하는 것을 돕기 위해 고안되었습니다.

장기 기증

사망 시 장기와 조직을 기증하여 다른 사람들의 생명을 구할 수 있습니다. 장기 기증을 원하시면, 귀하 의향서의 본 섹션에 귀하의 선호 사항을 기재하십시오. 또한 귀하의 운전 면허증에 귀하의 선호 사항을 명시하여 공식적으로 등록하도록 권장합니다.

사망 후 귀하의 장기 양도에 관하여 귀하의 가족과 또한 상담을 하기 때문에, 반드시 귀하의 선호 사항에 대해 가족들에게 알리시기 바랍니다.

장기 및 조직 기증에 대한 자세한 내용은 donatelifecalifornia.org를 방문하시기 바랍니다.

사망 후 내가 바라는 사항

사망 후 귀하가 바라는 사항이 어떻게 이루어지기를 원하시는지 지침을 남겨 두실 수 있습니다.

예를 들어, 특정한 장소(예: 가족 묘지)에 매장되기를 원할 수 있습니다. 또는 화장되어 특별한 장소에 보관되거나 뿌려지는 것을 선호할 수도 있습니다.

또한 귀하가 원하는 장례식 또는 추도식의 형식에 관하여 구체적으로 바라는 사항이 있을 수도 있습니다. 예를 들어, 장례식 또는 추도식 장소, 진행 순서에 포함되는 음악이나 추도 연설, 기증물이 보내지는 장소나 귀하의 부고에 대한 정보 등이 포함될 수 있습니다. 이와 같이 귀하가 바라는 사항을 이 섹션에 기재하실 수 있습니다.

파트 4:

나는 내 사전 의료 의향서가 얼마나 엄격히 그대로 지켜지기를 바라는가?

■ 이 섹션은 귀하의 의향서 파트 4(8페이지)를 작성하는 것을 돕기 위해 고안되었습니다.

이 질문에 답변하시면 귀하의 의향서에 기재된 선택 사항들이 얼마나 엄격히 그대로 지켜지기를 바라는지 귀하의 의사를 전달하는 데 도움이 됩니다. 두 가지 옵션이 있습니다. 각 옵션의 의미는 서로 다릅니다.

이 섹션에서 질문에 답하기 전에 다음 설명을 먼저 고려하시기 바랍니다.

옵션 1: 제가 현재 알고 있는 사실을 바탕으로 한 일반적인 지침으로 삼기 바랍니다.

이 옵션은 귀하가 선택한 사항들이 **"일반 지침"**으로 사용되기 원함을 나타냅니다. 이 의미는 귀하가 선호 사항을 표명했다 하더라도 모든 상황 또는 특정 상황에서 귀하가 허용할 수 있는 치료가 무엇인지 예측하는 것이 불가능하다는 점을 알고 있다는 것입니다. 이 옵션을 선택하면 귀하의 의료 대리인 및/또는 담당 의료진이 의향서에 귀하가 기술한 내용과 다른 선택을 해도 괜찮다는 것을 의미합니다. 물론 그 선택이 귀하의 정체성과 그 당시 귀하가 갖고 있는 가치관에 더 적합한 선택이라고 의료진 및/또는 의료 대리인이 믿을 경우에만 그런 선택을 할 것입니다.

옵션 2: 모든 상황에서 엄격히 지키기를 바랍니다.

이 옵션은 귀하의 선택이 그 어떤 경우에도 **"엄격히 지켜지기"**를 원함을 나타냅니다. 이는 의향서에 기재된 귀하의 선호 사항이 모든 상황에서 적혀진 그대로 지켜져야 함을 의미합니다. 귀하가 의향서에 기재한 내용에 대해 귀하의 생각이 분명하고 확고하며, 귀하가 표명한 내용과 다른 결정을 다른 사람이 내리는 것을 절대 원하지 않는다면 이 옵션이 적합합니다.

본 의향서에 귀하의 추가 생각 또는 정보를 포함시키기 원하시면, 의향서의 8페이지 아래에 있는 추가 공간을 사용하시기 바랍니다.

이 부분에 대해서 질문이 더 있으시면, 담당 의사와 귀하와 가장 가까운 사람들과 의논하시기 바랍니다.

파트 5(선택적):
나의 담당 의사 지명하기

- 이 섹션은 귀하의 의향서 파트 5(9페이지)를 작성하는 것을 돕기 위해 고안되었습니다.

귀하의 목표, 가치관 및 선호 사항을 잘 이해하는 의사들이 있을 수 있습니다. 그런 경우, 귀하의 의료에 대한 대화에 그 의사들이 관여하기를 원하면, 이 섹션에 그들의 이름을 열거하십시오.

또한 귀하의 목표, 가치관, 선호 사항에 대해 귀하의 의사(들)과 의논하고, 귀하의 의향서 사본을 제공하는 것을 잊지 마십시오.

귀하가 Cedars-Sinai 병원의 환자이고 귀하의 의향서 사본을 담당 의사에게 전달할 경우, My CS-Link™라고 하는 전자 의료 기록 시스템에 업로드됩니다. 이 시스템을 통해 귀하의 의료진 누구라도 기록을 쉽게 열람할 수 있습니다.

파트 6:

내 사전 의료 의향서에 서명하기

- 귀하의 의향서를 법적으로 유효하게 만들려면, 귀하의 의향서 파트 6에 반드시 공증인 또는 두 명의 입회인 앞에서 서명해야 합니다(11~15페이지).

13페이지: 공증인 앞에서 내 사전 의료 의향서에 서명하기

귀하의 가족 내에서 의견 충돌이나 상충이 생길 것으로 생각되시면 제3자 공증인을 사용하는 것이 도움이 될 수 있습니다.

본 의향서를 Cedars-Sinai 병원에서 작성할 경우, 저희가 공증인 찾는 것을 도와드릴 수 있습니다.

본 의향서를 자택에서 작성할 경우, 공증인은 지역 은행, 여행사, 부동산 중개업, 법정, 보험 회사 또는 법률 사무소 등을 포함한 여러 곳에서 찾을 수 있습니다. 귀하를 방문할 수 있는 출장 공증인도 있습니다.

14페이지: 입회인 앞에서 내 사전 의료 의향서에 서명하기

입회인 요건은 다음과 같습니다.

- 18세 이상
- 귀하가 본 양식에 서명할 때 참관함

다음과 같은 사람은 입회인이 될 수 없습니다.

- 귀하의 의료 대리인
- 담당 의료 제공자
- 귀하의 의료 제공자의 직원
- 귀하가 거주하는 곳의 직원

또한, 반드시 최소한 입회인 한 명은 전혀 귀하와 친척 관계가 아니며 귀하가 사망한 후에 귀하로부터 금전적 또는 재산을 상속받음으로써 재정적으로 유익을 취할 수 있는 사람이어서는 절대로 안 됩니다. 이는 귀하의 향후 의료 계획 및 의사결정에 문제가 될 수 있는 잠재적 이해 상충이 있기 때문입니다.

15페이지: 특별 입회인 요건

귀하가 요양원이나 전문 요양 시설의 환자일 경우, 환자 대변인 또는 옴부즈맨의 서명이 추가로 반드시 기재되어야 합니다.

자주 묻는 질문

사전 의료 의향서가 없을 경우 어떻게 됩니까?

의향서가 있는지 여부와 관계없이 의료 처치를 받습니다. 의향서는 귀하의 목표, 가치관, 선호 사항을 귀하가 향후에 표명할 수 없을 경우를 대비해 밝혀두는 기회를 갖는 것입니다.

내 선택에 대해 생각이 바뀌면 어떻게 합니까?

올바로 작성한 사전 의료 의향서는 귀하가 달리 언급하지 않는 한 효력을 유지하며, 언제든지 귀하는 귀하의 선택을 변경할 수 있습니다. 가장 좋은 변경 방법은 새 의향서를 작성하고, 이전 의향서를 폐기한 다음, 변경 사항에 대해 알아야 할 사람들에게 알리는 것입니다. 새로 작성한 의료 의향서는 이전에 작성한 모든 의료 의향서를 무효화시킵니다. 귀하의 의향서에 포함된 내용이 정확한 정보이며 귀하의 목표, 가치관, 선호 사항이 계속 반영되어 있는지 의향서를 최소한 1년에 한 번은 검토하는 것이 좋습니다.

본 양식에 없는 의료 관련 선택을 어떻게 합니까?

귀하의 사전 의료 의향서의 추가 페이지(16~17페이지)에 어떤 내용이든 원하는 것을 기록하거나 추가 페이지에 정보를 포함시킬 수 있습니다. 추가 페이지를 의향서에 반드시 첨부하도록 하십시오.

내 사전 의료 의향서를 완성했습니다. 이제 어떻게 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-Sinai 로 이메일 전송**
웹사이트: mycslink.org Resources(리소스) 아래에 있는 Advance Healthcare Directive(사전 의료 의향서) 페이지를 이용하십시오. 첫 페이지에 귀하의 이름과 생년월일을 기재하십시오.	**팩스 번호:** 310-248-8078 첫 페이지에 귀하의 이름과 생년월일을 기재하십시오.	**우편 주소:** Health Information Department 8700 Beverly Blvd. South Tower, Room 2901 Los Angeles, CA 90048 첫 페이지에 귀하의 이름과 생년월일을 기재하십시오.	**이메일 주소:** groupMNSHID@cshs.org 첫 페이지에 귀하의 이름과 생년월일을 기재하십시오.

4. 원본을 안전한(하지만 찾을 수 있는) 장소에 보관합니다.

내 사전 의료 의향서를 어디에 보관해야 하나요?

귀하의 전자 의무 기록에 귀하의 의향서 사본을 업로드한 후에, 귀하의 의료 대리인, 가족, 주치의, 변호사에게 사본을 제공하고, 원본은 안전하지만 찾을 수 있는 장소에 보관합니다.

POLST 양식이 무엇이며, 이 양식이 사전 의료 의향서 이외에도 필요한가요?

POLST는 Physician Orders for Life-Sustaining Treatment(생명 유지 치료에 대한 의사 지시)의 약자입니다. 귀하와 담당 의사 또는 임상 간호사, 의사보조사가 서명하는 선명한 **분홍색 종이**에 인쇄된 양식입니다. **POLST**는 귀하의 의향서를 대체하지 않고, 함께 사용됩니다. **POLST**는 귀하의 의료 제공자의 가장 현명한 의학적 판단과 귀하의 목표, 가치관, 선호 사항에 기반하여 귀하에게 제공될 치료의 유형에 관하여 귀하의 담당 의사 또는 임상 간호사, 의사보조사가 기재한 지시를 담고 있습니다. **POLST**에는 예를 들어 CPR(심폐 소생술)이 귀하에게 적합한지 여부를 기재할 수 있는 공간이 있습니다.

모든 성인의 경우 의향서를 마련해 두도록 권장되지만, 모든 사람에게 **POLST**가 필요하지는 않습니다. 중대한 질병으로 생애 마지막 시기에 가까운 사람들만 **POLST**가 있어야 합니다. **POLST**가 귀하에게 적합한지 귀하의 담당 의사와 의논하십시오.

생전 유서(living will)와 일반 유서와의 차이점을 무엇인가요?

생전 유서는 사전 의료 의향서와 마찬가지로 의료에만 관련되어 있습니다. 귀하가 살아 있는 동안에 유효합니다. 반면에 일반 유서는 귀하의 부동산 및 재산에 적용되며 사망 후에 유효하게 됩니다.

내 사전 의료 의향서가 다른 주에서도 유효한가요?

각 주마다 법과 양식이 다르지만, 올바르게 완성한 의향서라면 모든 주에서 인정됩니다. 어떤 양식이든 다음 사항이 기재되어 있으면 법적으로 유효합니다.

- 귀하가 기재한 서명 및 서명일자
- 자격이 있는 2명의 입회인 또는 공증인 1명의 서명
- 귀하가 요양원이나 전문 요양 시설의 환자일 경우, 추가적으로 환자 대변인 또는 옴부즈맨의 서명

이에 대해 질문이 있으시면, 해당 주의 변호사와 상담하는 것이 가장 좋을 것 같습니다.

© 2021 Cedars-Sinai 24284 (1021)