

건강 관리 지시서 (또는 “사망 선택 유언장”)

건강 관리 지시서란 무엇인가?

건강 관리 지시서는, 만약 당신이 말기환자 이거나 영구적 무의식 상태에 있으며 혼자 힘으로는 어떤 종류의 의학적 치료를 받거나 또는 받지 않기를 원하는지 결정할 수 없는 경우, 그 결정을 진술하게 해 주는 서식입니다. 건강 관리 지시서는 또한 당신의 건강 관리의 가치들을 당신의 의료 제공자들에게 써주게 해 줍니다.

건강 관리 가치들이란 무엇인가?

그것은 건강 관리를 위한 당신의 소원과 선호를 말하는 것이며 건강 관리를 위한 당신의 종교적, 윤리적 및 개인적 선호가 포함됩니다. 그 가치들은 당신이 오직 말기적인 병 또는 영구적인 무의식 상태에 있을 경우 뿐만 아니라 모든 상황에서 혼자 힘으로는 결정할 수 없을 때 당신을 위한 결정을 내리는 지침이 되어야 합니다. 당신이 여기에 포함시킬 수 있는 몇 가지 예를 들면 다음과 같습니다:

- “나는 숨이 막히는 것같은 느낌이 들어 걱정됩니다. 그런 압박감에서 벗어날 수 있도록 할 수 있는 것이 있으면 무엇이든지 해 주십시오.”
- “나는 낮은 정도의 통증 – 대신 머리는 맑게 하면서 가지는 통증 – 은 참을 수 있습니다.”
- “나에게는 의료 보호를 많이 받는 것보다 삶의 질이 더 중요합니다.”
- “나에게 가장 중요한 것은 뛰어난 의료를 제공하는 병원에 있는 것입니다.”
- “나에게는 야외 활동을 할 수 있는 것이 곧 삶을 가치있게 만들어 주는 것입니다. 만약 나의 건강 상태가 나빠져서 전혀 야외에 나갈 수 없으면, 나는 더 이상 살고 싶지 않을 것입니다.”
- “내가 내 가족을 알아보고 작별 인사를 할 수 있는 것이 나에게는 중요합니다.”
- “나는 나의 마지막 날들을 집에서 보내기를 원합니다.”
- “내가 믿는 종교에서는 우리는...(건강 보호에 관한 당신 종교의 종교적 전통을 설명하십시오).

- “나는 재즈 음악을 좋아합니다. 그러니 할 수 있으면 언제든지 그 음악을 듣고 싶습니다.”

나의 건강 관리 지시서 양식에 누가 내 대신 결정할 것인가를 말 해주고 있습니까?

그렇지 않습니다. 그래서 당신은 또한 계속적 위임장 양식이 필요 합니다. 위임장 양식은 당신의 건강관리 결정을 도와 줄 당신이 신임하는 친구 또는 친척을 선택하게 해 줍니다. 계속적 위임장 서식은 WashingtonLawHelp.org 에서 찾을 수 있습니다

그럼에도 내 자신이 독자적인 결정을 할 수 있는가?

할 수 있습니다. 능력이 있는 한 당신은 독자적인 결정을 할 수 있습니다. 당신은 또한 언제라도 당신의 지시사항을 변경 또는 취소할 수 있습니다.

건강 관리 지시서 서식은 공증을 받아야 하는가?

당신은 공증인 앞에서 건강 관리 지시서에 서명을 해야 합니다. 만약 공증인을 찾을 수 없으면, “이해관계가 없는” 두 사람의 증인 앞에서 서명할 수 있습니다.

서명을 한 후 어떻게 해야 하는가?

당신의 의료 제공자, 당신의 대리인, 당신이 신뢰하는 친구 또는 친척에게 지시서를 주어야 합니다. 당신은 또한 당신의 병원이 당신을 위하여 서류철에 이 양식을 보관할 것인지를 지역 병원에 물어보아야 합니다.

다른 종류의 지시서들이 있는가?

있습니다. 당신이 정신 건강 장애 또는치매가 있을 경우, 그에 대하여 어떤 관리를 원하는지를 진술하게 하는 건강 관리 지시서들도 있습니다. 치매 지시서와 정신건강 사전 지시서를 다음 사이트에서 온라인으로 찾아 보십시오: WashingtonLawHelp.org.

나에게 법률적인 도움이 필요하면 어떻게 하나?

킹 카운티 밖: 주중 오전 9 시 15 분부터 오후 12 시 15 분 까지 1-888-201-1014 CLEAR 긴급 통화선에 전화하십시오.

킹 카운티 안: 정보를 얻고 법률봉사 제공 기관을 소개받기 원하시면 주중 오전 8:00 시 부터 오후 5:00 시까지 면 211 에 전화하십시오. 당신은 또한 (206) 461-3200 또는 무료 통화 선 1-877-211- WASH (9274)에 전화 할 수 있습니다.

당신은 또한 www.resourcehouse.com/win211/에 접속하여 킹 카운티 법률봉사 제공 기관에 관한 정보를 얻을 수 있습니다. -청각 장애인, 난청 자 또는 언어 장애인은 본인이 선택하는 통신 중계 서비스를 사용하여 CLEAR 또는 211 에 전화 할 수 있습니다.

CLEAR 와 211 은 필요할 경우 전화를 건 사람에게 경비부담이 없는 전화 회의를 실시합니다.

여러 가지 법률 문제들을 다루는 무료 법률 교육 출판물, 비디오 및 자습자료들을 다음 사이트에서 찾을 수 있습니다: WashingtonLawHelp.org

이 출판물은 당신의 권리와 책임에 관한 일반적인 정보를 제공해 줍니다.
이 출판물은 특정 법률 자문을 대신하게 하려는 의도로 만들어 진 것이 아닙니다.
이 정보는 2020 년 5 월 현재로 최신 내용입니다.
복제 및 배포 허가는 Alliance for Equal Justice [평등 사법을 위한 연합] 및 비 상업적인 목적으로 사용하는 개인들에게만 부여합니다.

Health Care Directive Of 건강 관리 지시서 [[아래 사람의]]

[My Name/ (나의 이름)]

I am of sound mind and body and voluntarily execute this health care directive. If I cannot make decisions for myself about life sustaining medical treatment, my relatives, friends, agents and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the remainder should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

(나는 몸과 마음이 건강한 상태에 있으며 자발적으로 이 건강 관리 지시서에 서명한다. 만약 내가 생명을 연장하는 의학적 치료에 관하여 나의 독자적인 결정을 할 수 없을 경우, 나의 친척, 친구, 대리인 및 의료 제공자들은 이 지시서의 모든 부분을 다 이행해야 한다. 만약 이 지시서의 어떤 부분이 효력이 없을 경우라도, 나머지 부분은 지켜져야 한다. 나는 내가 과거에 서명했던 건강 관리 지시서들을 모두 취소한다)

1. **Withhold or Withdraw Treatment.** If my attending physician diagnoses me with a terminal condition, or if two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician(s) determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, the following treatment should be withheld or withdrawn from me:

(check all that apply)

(치료를 보류 또는 취소할 것. 만약 나의 담당의사가 나를 말기 상태로 진단하거나 또는 2 명의 의사들이 내가 영구적 무의식 상태에 있다고 결정하고, 또한 만약 나의 의사(들)이 생명을 유지하는 치료는 오직 인공적으로 사망 과정을 연장하는 방법 뿐이라고 결정을 내릴 경우, 다음의 치료는 나에게서 보류 또는 취소되어야 한다)

(해당되는 곳에 모두 표시할 것)

- Artificial nutrition / (인공 영양)
- Artificial hydration / (인공 수화)
- Artificial respiration / (인공 호흡)
- Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

(인공적 환기, 심장 조절 약물, 이뇨제, 흥분제 또는 그 외 다른 심부전 치료를 포함하는 심폐 소생술(CPR))

- Surgery to prolong my life or keep me alive
(나의 생명을 연장하거나 살아있게 하기 위한 수술)
- Blood dialysis or filtration for lost kidney function
(상실된 신장 기능을 위한 혈액 투석 또는 여과)
- Blood transfusion to replace lost or contaminated blood
(상실 또는 오염된 혈액을 대체하기 위한 수혈)
- Medication used to prolong life, not for controlling pain
(통증의 제어가 아닌 생명의 연장을 위하여 사용되는 약)
- Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially
(나의 생명을 연장하거나 인공적으로 살아있게 하기 위하여 사용되는 그 외 의학적 치료)

2. **Comfort Care and Pain Medication.** If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.
(고통 완화 간병 및 진통 약. 만약 내가 통증 또는 고통을 겪고 있는 것으로 보이면, 나는 치료와 약으로 나를 편안하게 해 주기를 나는 원한다. 비록 나의 의료 제공자들이 그렇게 하는 것이 무고의적으로 나의 죽음을 촉진시키는 것이라고 믿더라도 나는 그것을 원한다.)
3. **Health Care Institutions.** If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.
(보건 관리 기관. 만약 내가 종교적 또는 다른 신조 때문에 이 지시서를 존중하지 않을 병원 또는 의료 기관에 입원할 경우: (1) 내가 입원에 동의했다 해서 치료에 묵시적으로 동의하는 것이 아니며, 또한 (2) 나는 나의 지시서를 존중할 병원 또는 다른 의료 관에 가능한 빨리 옮겨 지기를 원한다.)
4. **Changes and Revocation.** I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can revoke this directive at any time.
(변경 및 철회. 나는 내가 이 지시서에 서명하기 전에 그 자구를 변경할 수 있다는 것을 알고 있다. 나는 또한 언제든지 이 지시서를 취소할 수 있다는 것도 알고 있다.)

My Name/나의 이름: _____ My Date of Birth/나의 생년월일: _____

5. **Health Care Values:** The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:
(건강관리 가치들: 다음과 같은 소원과 선호들이 나의 건강 관리에 관한 모든 결정에 지침이 되어야 한다.)

My Signature / (나의 서명)

Date / (날짜)

Notarization (preferred) 공증 (선호함)

State of Washington (워싱턴 주)

County of _____ (카운티)

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____ is the person who appeared before me, and acknowledged that the signing was done freely and voluntarily for the purposes mentioned in this instrument.

(나는 _____ 이 (가) 내 앞에 와있는 사람이라는 것을 알고 있거나 또는 그것을 확인할 충분한 증거를 가지고 있음을 증명하며 또한 이 서류에 언급된 목적을 위하여 자유롭고 자발적으로 서명되었음을 인증합니다.)

Date (날짜)

Signature of Notary (공증인의 서명)

NOTARY PUBLIC for the State of Washington

(워싱턴 주 공증인)

My commission expires _____

(나의 공증인 직 만료일 _____)

My Name/나의 이름: _____ My Date of Birth/나의 생년월일: _____

Statement of Witnesses (alternative) 증인들의 진술 (다른 방법)

On _____, the declarer of this document signed it in my presence. I believe the declarer is able to make health care decisions, to understand this document, and to have signed it voluntarily.

(_____ (날짜) 이 서류의 진술인은 내 앞에서 이 서류에 서명했습니다. 나는 진술인이 건강관리 결정을 하고, 이 서류에 서명하고, 이 서류에 자진해서 서명할 능력이 있다고 믿습니다)

- I am not related by blood or marriage to the declarer.
나는 진술인과 혈연 또는 혈연에 의한 관계가 없습니다.
- I am not now entitled to receive any portion of the declarer’s estate, either by will or by operation of law, or as a result of any claim against the declarer.
(나는 유언장 또는 법률의 운용에 의하며, 또는 진술인에 대항하는 어떤 주장의 결과에 의해서도 진술인의 재산의 어떤 부분도 받을 자격이 없습니다.)
- I am not the declarer’s attending physician or an employee of that physician or of a health facility in which the declarer is a patient.
(나는 진술인의 주치의 또는 그 의사의 사용인 또는 진술인이 환자로 있는 의료시설의 사용인도 아닙니다.)

**Witness 1
(증인 1)**

**Witness 2
(증인 2)**

Signature
(서명)

Signature
(서명)

Print Name
(인쇄체 이름)

Print Name
(인쇄체 이름)

Address
(주소)

Address
(주소)

My Name/나의 이름: _____ My Date of Birth/나의 생년월일: _____

Health Care Directive Contact Information 건강관리 지시 연락처

My name – first, middle, last/나의 이름 – 첫 이름, 가운데 이름, 성	
My date of birth/나의 생년월일	My primary care medical provider/나의 주치의
My phone number/나의 전화 번호	My email address/나의 이메일 주소
My mailing address/나의 우편 주소	

- I have a Durable Power of Attorney form that lets someone else (my “agent”) make health care decisions for me if I am not able.
(나는 만약 내가 건강 관리 결정을 할 수 없는 경우 다른 사람 (나의 “대리인”)이 할 수 있게 하는 계속적 위임장 서식을 가지고 있다.)

My health care agent’s name/나의 건강 관리 대리인의 이름	
My agent’s relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.)/나와 대리인과의 관계 (예, 친구, 동거인, 배우자, 농이 등)	
My agent’s phone number/대리인의 전화 번호	My agent’s email address/대리인의 이메일 주소

My alternate health care agent’s name/나의 대체 건강 관리 대리인의 이름

My Name/나의 이름: _____ My Date of Birth/나의 생년월일: _____

My alternate agent's relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.)/나의 대체 대리인과 나의 관계 (예, 친구, 동거인, 배우자, 누이 등)	
My alternate agent's phone number/나의 대체 대리인의 전화 번호	My alternate agent's email address/나의 대체 대리인의 이메일 주소

My Name/나의 이름: _____ My Date of Birth/나의 생년월일: _____

Glossary / (용어 사전)

Here are some terms you may find helpful when reading a health care directive:

(다음은 건강 관리 지시서를 읽을 때 도움이 될 수 있는 용어들입니다.)

- **Attending Physician:** the physician selected by, or assigned to you and who has primary responsibility for your treatment and care.
(**담당 의사:** 당신이 선택한 또는 당신에게 지정된 의사로서 당신의 치료와 간병에 일차적 책임이 있는 사람.)
- **Disinterred Witness:** a person who is not related to you, will not inherit from you, and is not your medical provider.
(**이해관계 없는 증인:** 당신과 혈연관계가 없고 당신에게서 상속을 받지 않을 것이며 당신의 의료 제공자가 아닌 사람.)
- **Life-sustaining treatment:** any mechanical or artificial medical intervention that, when applied to a person diagnosed with a terminal condition or a person in a permanent unconscious condition, would only prolong the process of dying. Life-sustaining treatment does not include medication or medical intervention necessary to alleviate pain only.
(**연명 치료:** 기계적 또는 인공적 의료로서, 말기 상태로 진단을 받은 사람 또는 영구적 무의식 상태에 있는 사람에게 적용될 때 오직 사망 과정을 연장시켜 줄 수 있을 뿐이며 통증을 완화시키기 위하여서만 필요한 약이나 의료는 포함되지 않는다.)
- **Permanent unconscious condition:** an incurable and irreversible condition; a condition where a person has no reasonable probability of recovery from an irreversible coma or a persistent vegetative state according to reasonable medical judgment.
(**영구적 무의식 상태:** 치유가 불가능하며 되돌릴 수 없는 상태; 합리적인 의학적 판단에 따라 되돌릴 수 없는 혼수 상태 또는 지속적인 식물 인간 상태에서 회복될 합리적인 가능성이 없는 사람의 상태.)
- **Physician:** a person licensed under Washington State physician and osteopathy laws.
(**의사:** 워싱턴 주 의사 및 정골 요법 법에 따라 면허된 사람.)
- **Revoke:** to cancel.
(**철회하다:** 취소하다.)
- **Terminal condition:** an incurable and irreversible condition caused by injury, disease, or illness, that will cause death within a reasonable period according to accepted medical standards, and where the application of life-sustaining treatment serves only to prolong the process of dying.
(**말기 상태:** 상해, 질병 또는 질환으로 인하여 발생된 치유가 불가능하고 되돌이킬 수 없는 상태이기 때문에 일반적으로 인정된 의학적 기준에 따라 적절한 기간 내에 사망하게 될 것이며 생명을 유지하는 의료 서비스는 오직 사망과정을 연장하는 데만 한정된다.)