

## 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 지시서 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 지시서 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 지시서 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 지시서 작성자: (본인 이름을 이 선 위에 정자체로 기재하세요)

생년월일

## 2단계: 본인이 원하는 의학적 치료를 선택합니다(계속).

### 그 외 고려할 사항

그 외에 귀하 사망 후 본인이 중요하게 바라는 바는 무엇입니까? 예를 들어, 시신을 처리하는 방법과 관련해 담당 의료진이 알아야 할 문화적, 종교적 또는 영적 사항들이 있습니까?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

장례나 매장과 관련해 귀하가 바라는 바에 따라 진행하기 위해 연락을 취해야 할 분이 있으십니까? 있다면 누구입니까?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

--

사전 의료 지시서 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 결정했습니다

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

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

- 전적인 유통성:** 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 유통성:** 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 유통성:** 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 지시서 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 받도록 하세요
- 증인들 앞에서 양식에 서명하거나 공증인에게 귀하 본인이 양식에 서명했다는 사실을 공증받도록 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 서명하는 것을 목격해야 합니다

#### 증인은 절대:

- 귀하가 의학적 치료 대리인으로 지명한 사람이거나 그 사람과 친척 관계인 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
- 어떤 식으로든 친척 관계여서 안 됩니다
- 내 사망 후 금전적으로 이득을 보는(돈 또는 재산을 물려받을 자격이 있는) 사람이어서는 안 됩니다

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

**의학적 치료 대리인을 지명하지 않는 경우 반드시 증인 2명을 사용해야 합니다.**

\_\_\_\_\_

사전 의료 지시서 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 이 사람이 이용하는 의료 기관에서 일하지 않습니다
- 저는 이 사람이 거주하는 시설에서 일하지 않습니다
- 저는 18세 이상입니다
- 저는 이 사람과 전혀 친척 관계가 아닙니다
- 저는 이 사람 사망 후 금전적으로 이득을 보는(돈 또는 재산을 물려받을 자격이 있는) 사람이 아닙니다
- 저는 이 사람의 의학적 치료 대리인이 아닙니다
- 저는 이 사람의 의료진이 아닙니다

의학적 치료 대리인을 지명하지 않는 경우 반드시 증인 2명을 사용해야 합니다.

#### 증인 1

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

정자체 이름 \_\_\_\_\_

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

#### 증인 2

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

정자체 이름 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

사전 의료 지시서 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.

### State of Washington

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

I certify that I know or have satisfactory evidence that

\_\_\_\_\_  
(Name)

is the person who appeared before me, and said person acknowledged that he/she signed this instrument and acknowledged it to be his/her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument.

Dated: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Notary Public)

Title: \_\_\_\_\_

My appointment expires: \_\_\_\_\_

(Notary Seal)

## 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
- 가족
- 친구
- 의료진
- 병원

### 작성한 사전 의료 지시서 전달 방법:

1. 다음번 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 팩스로 보냅니다:

Providence Holy Family Hospital  
Providence Centralia Hospital  
Providence Mount Carmel Hospital  
Providence St. Mary Medical Center  
Providence St. Peter Hospital  
**팩스: 509-482-2187**

Providence Regional Medical Center Everett  
**팩스: 425-317-0701**

Providence Sacred Heart Medical Center  
**팩스: 509-474-4815**

Providence St. Joseph's Hospital (Chewelah)  
**팩스: 509-935-5233**

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