



사전의료의향서 도구함
귀하에게 가장 소중한 것

사전의료의향서는 마음의 평안을 줍니다.



모든 성인들에게 사전의료의향서가 있어야 하는 이유

성인 연령 18세가 되면 투표를 할 수 있고, 군대에 입대할 수 있으며 자신의 의료에 있어서 무엇을 원하는지 선택할 수 있습니다. 그러나 중대한 질병이나 손상은 어느 연령대에서도 발생할 수 있습니다.

귀하의 가족과 사랑하는 사람들이 귀하의 의료에 관한 중대한 결정에 직면했을 경우 사전의료의향서가 있으면 이들에게 가해진 스트레스를 완화시켜 줄 수 있습니다.

사전의료의향서를 작성하는 데 첫 단계를 밟은 것을 축하드립니다. 귀하가 자신의 의사를 말할 수 없을 경우 이 문서를 통해 귀하를 대신하여 말해 줄 수 있는 사람을 지명할 수 있습니다. 지명한 이 사람이 귀하의 원하는 바가 수행되도록 할 것입니다.

Providence St. Joseph Health에서는 18세 이상 성인 모두에게 사전의료의향서가 있어야 한다고 생각합니다. 이는 귀하의 담당의사와 가족에게 다음과 같은 주요 정보를 제공합니다.

- 어떤 치료를 원하는지
- 자신이 결정을 할 수 없을 때 대신 결정을 해 줄 수 있는 사람이 누구인지

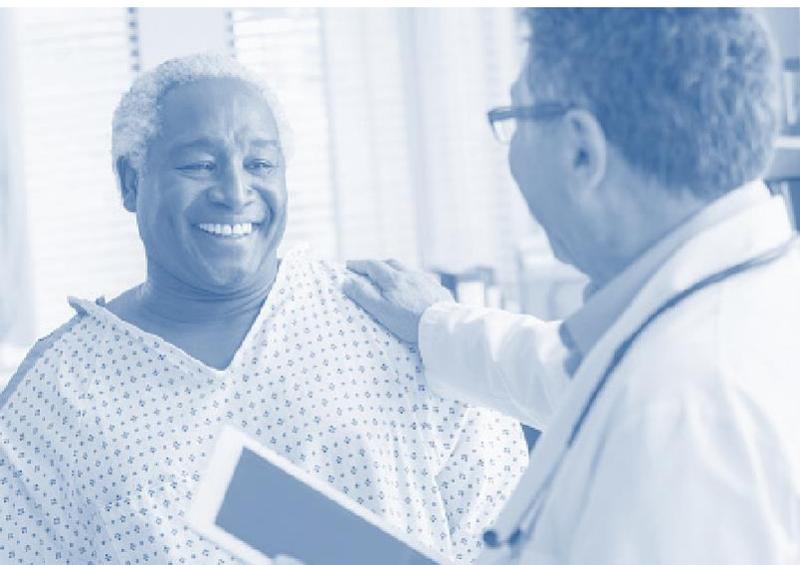
마음의 평안

사전의료의향서는 간단한 내용일 수도 있고 상세한 내용일 수도 있습니다. 이를 본 자료집을 통해 결정할 수 있습니다.

귀하를 대신하여 결정을 내려 줄 사람을 지명만 하면 됩니다. 또는, 심폐소생술(CPR), 기계 환기(산소호흡기) 또는 급식관 삽입 등 의료 지시 사항을 포함할 수도 있습니다.

귀하의 사전의료의향서에 결정한 내용에 변동 사항이 생기면 **언제든지 의향서의 내용을 수정할 수 있습니다.**

귀하의 가치관, 선호 사항, 우선순위가 존중되도록 하기 원하신다면 사전의료의향서가 도울 수 있습니다.



귀하의 사전의료의향서를 최대한으로 활용하십시오

귀하의 사랑하는 사람들과 의논하세요.

귀하의 가족과 친지와 의논하는 것이 매우 중요합니다. 이들이 의사결정 과정에 도움을 줄 수 있지만, 귀하에게 무엇이 소중한지를 가장 잘 아는 사람은 *귀하*라는 사실을 기억하십시오. 그들에게 알려 주십시오. 예상하지 않은 상황이 발생하기 전에 귀하의 생각과 선택 사항을 그들과 지금 공유하십시오.

귀하의 담당의사와 상담하세요.

향후 의료에 대한 귀하의 선호 사항과 목표에 관하여 귀하의 담당의사가 이해하고 있음을 확실히 하기 위해 담당의사와 대화를 나누십시오. 대화는 주로 기본 사항에서 시작하면 가장 쉽습니다. 귀하의 건강과 의료 관리에 있어서 차후 진료 방문 시 귀하에게 중요한 것이 무엇인지 상담하십시오.

어떤 치료와 진료를 받든지 항상 목표에 대해 상의하는 것이 중요합니다. 특히, 귀하의 건강 상태에 변화가 발생했거나 의학적 상태에 대한 치료를 받게 되었을 경우 더욱 중요합니다. 귀하의 담당의사와 기타 의료인이 귀하의 바라는 사항을 밝히고 준수할 수 있도록 할 수 있지만 귀하가 해당 정보를 이용 가능하게 했을 경우에만 이것이 가능합니다.

바라는 사항을 기록하세요.

의료 대리인으로 활동할 사람을 선정하고 추후 진료에 대한 귀하의 선호 사항 또는 진료 목표를 결정한 후, 본 자료집에 제공된 양식을 이용해 귀하의 결정 사항을 기록하십시오.

작성한 사전의료의향서를 반납하세요.

귀하와 입회자가 해당란에 서명한 후 여러 부의 사본을 복사하십시오. 어떤 주에서는 입회자보다 공증인을 요구합니다. 귀하의 바라는 사항이 저희의 의무기록 시스템에 기록되도록 하십시오.

- 수신자 주소와 우표가 붙은 반신용 봉투(이용 가능 경우)를 이용해 작성한 양식 사본 한 부를 우송하십시오.
- 귀하의 주치의에게 사본 한 부, 그리고 귀하의 의료 대리인에게 한 부를 제공하십시오.
- 병원에 입원할 경우, 귀하나 귀하의 의료 대리인이 담당 의료진에게 의향서 사본 한 부를 제공하도록 하십시오.

타인에게는 사전의료의향서의 복사본이나 스캔한 사본만 보내십시오. 원본은 안전하고 쉽게 찾아 볼 수 있는 곳에 보관하십시오.

대화를 계속 하세요.

귀하의 의료 관리에 관하여 담당의사와 여러 차례 대화를 나눌 수 있습니다. 시간이 지나며 귀하의 바라는 사항과 목표가 바뀔 수 있습니다. 대화를 계속 하면 귀하가 현재 선호하는 것이 무엇인지 모두가 알 수 있도록 해 줍니다.

귀하의 의료 대리인으로서 지명한 사람과 귀하의 의료 관리 선호 사항에 대해 마음이 바뀔 수 있습니다. 귀하의 정보를 수정하려면, 사전의료의향서의 새 양식을 작성하십시오. 귀하의 의료 대리인, 가족, 담당의사에게 의향서를 수정했음을 알리십시오. 수정한 의향서를 복사하여 귀하의 의료 대리인과 담당의사에게 그리고 병원 의무기록 파일에 이전에 했듯이 제공하십시오.

귀하의 목표와 바라는 사항을 나타내는 데는 너무 늦은 때도 너무 이른 때도 없습니다.

자주 묻는 질문

의료 대리인을 선택하지 않으면 어떻게 됩니까?

본인이 질병으로 인해 의사결정 능력을 상실할 경우, 담당의사는 귀하를 위해 결정을 내리는 일을 귀하의 가족, 지인 또는 판사에게 요청할 것입니다. 귀하의 의료 대리인이 없을 경우, 이 사람들이 귀하가 원하지 않는 선택을 할 수도 있습니다.

나의 의료 대리인이 나의 진료비를 부담합니까?

아닙니다.

변호사가 필요합니까?

아닙니다. 사전의료의향서를 작성하는 데 변호사가 필요하지 않습니다. 입회자 두 명 및/또는 공증인이면 충분합니다.

귀하의 사전의료의향서를 수정해야 할 경우는...

귀하의 삶의 환경이 바뀔 때 따라 귀하의 의료 선택 사항을 검토해 보는 것이 좋습니다. 새로운 상황에 따라 귀하의 선택 사항을 수정하기 원할 수도 있습니다. 다음은 귀하의 삶에서 의료 선택 사항을 검토하기에 적합한 중대 시점들입니다. 저희는 이를 '5 D'라고 부릅니다.

1. **Decade(십년 대):** 귀하의 삶의 새 십년 대를 시작할 때, 또는 귀 자녀가 18세가 되는 것과 같이 유의한 삶의 변화를 경험할 경우
2. **Death(사망):** 가족이나 친지의 사망을 경험할 경우
3. **Divorce(이혼):** 이혼을 하거나 가족에게 생기는 기타 주요 변경의 경우
4. **Diagnosis(진단):** 심각한 질병으로 진단을 받았을 경우
5. **Decline(하락):** 귀하의 건강 상태가 유의하게 감퇴되었을 경우, 특히 혼자 생활을 할 수 없게 되었을 경우

마음이 바뀌면 어떻게 됩니까?

선택한 사항을 언제든지 변경할 수 있습니다. 선택 사항을 변경하려면 새 입회자 및/또는 공증인을 포함해 사전의료의향서를 새로 작성하고 서명하면 됩니다. 귀하가 새로 작성한 사전의료의향서를 필요한 사람들에게 알리십시오.

나의 의료 선택(또는 사망 선택 유언)을 하기 위한 절차를 밟고 싶지 않다면 어떻게 됩니까?

그래도 괜찮습니다. 귀하의 의료 대리인(또는 위임자)을 선택하면 그 때 대리인에게 귀하의 바라는 사항에 대해 알려 주십시오.

지명한 이 사람이 귀하의 원하는 바가 수행되도록 할 것입니다.



양식 작성

사전의료의향서

용이한 다섯 단계로
사전의료의향서를 작성할 수
있습니다*:

단계 1: 귀하의 의료 대리인을 선택하세요.

단계 2: 귀하의 의료 선택을 하세요.

단계 3: 귀하의 의료 대리인의 권한을
정립하세요.

단계 4: 양식에 서명하세요.

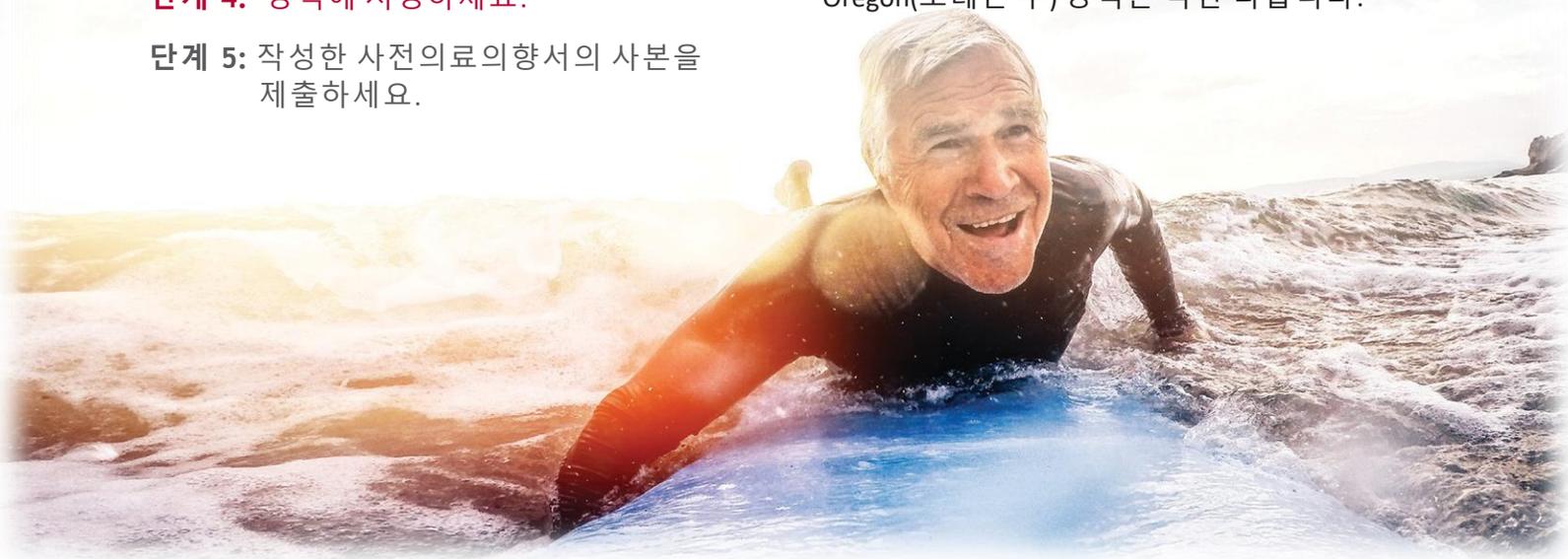
단계 5: 작성한 사전의료의향서의 사본을
제출하세요.

양식을 작성하면서 문의 사항이 있으면,
담당의사와 상담하십시오. 귀하와 귀
가족에게 선택 사항들의 의미를 의사가
설명해 드릴 수 있습니다.

더 자세한 유용한 정보와 다운로드 가능/작성
가능한 PDF 양식을 여기에서 찾아 볼 수
있습니다.

Provhealth.org/AD

*Oregon(오레곤 주) 양식은 약간 다릅니다.



무차별 및 접근권에 대한 참고사항

저희는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 원국적, 연령, 장애, 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 인종, 피부색, 원국적, 연령, 장애 또는 성별에 의해 사람들을 배제하거나 차별 대우를 하지 않습니다. 저희는:

1. 장애가 있는 사람들에게 효과적인 의사소통을 할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다. (a) 자격증 있는 수화 통역사, 그리고 (b) 기타 형식의 서면 정보(대활자본, 오디오, 접속 가능한 전자 형태, 기타 형태).
2. 주 언어가 영어가 아닌 사람들에게 무료 언어 서비스를 다음과 같이 제공합니다. (a) 자격증 있는 통역사, 그리고 (b) 기타 언어 서면 정보.

상기 서비스 중 어느 한 가지라도 필요할 경우, 아래 해당 Civil Rights Coordinator(민권 조정자)에게 연락하십시오. Telecommunication Relay Services(통신중계 서비스)가 필요하시면, 1-800-833-6384 또는 7-1-1로 연락하십시오.

저희가 이런 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 원국적, 연령, 장애, 또는 성별에 따라 어떤 방식으로든 차별했다고 생각이 될 경우, 아래 열거된 해당 주(state)의 민권 조정자에게 연락함으로써 고충민원을 제기할 수 있습니다.

주/서비스	Civil Rights Coordinator(민권 조정자)
알래스카	Civil Rights Coordinator, 3200 Providence Dr., Anchorage, AK 99508, 전화: 1-844-469-1775, 통역사 전화: 1-888-311-9127, 이메일: Nondiscrimination.AK@providence.org
캘리포니아	Civil Rights Coordinator, 501 S. Buena Vista Street, Burbank, CA 91505, 전화: 1-844-469-1775, 통역사 전화: 1-888-311-9127, 이메일: Nondiscrimination.CA@providence.org Hoag 소재지 Civil Rights Coordinator, One Hoag Drive, Newport Beach, CA 92663, 전화: 1-949-764-4427, 통역사 전화: 1-888-311-9127, 이메일: Kimberlee.Rosa@hoag.org
몬태나	Civil Rights Coordinator, 1801 Lind Ave. SW, Renton, WA 98057, 전화: 1-844-469-1775, 통역사 전화: 1-888-311-9127, 이메일: Nondiscrimination.MT@providence.org
워싱턴	Civil Rights Coordinator, 101 W. 8th Ave., Spokane, WA 99204, 전화: 1-844-469-1775, 통역사 전화: 1-888-311-9127, 이메일: Nondiscrimination.WA@providence.org
오레곤	Civil Rights Coordinator, 5933 Win Sivers Dr., Suite 109, Portland, OR 97220, 전화: 1-844-469-1775, 통역사 전화: 1-888-311-9127, 이메일: Nondiscrimination.OR@providence.org
텍사스/뉴멕시코	Civil Rights Coordinator, 3506 21st Street, Suite 301, Lubbock, TX, 79410, 전화: 1-806-725-0085, 통역사 전화: 1-800-264-1552, 이메일: Natalie.Ramello@covhs.org
경로 서비스 (모든 주)	Civil Rights Coordinator, 2811 S. 102nd Street, Suite 220, Tukwila, WA 98168, 전화: 1-844-469-1775, 통역사 전화: 1-888-311-9127, 이메일: Nondiscrimination.pscs@providence.org

고충민원 제기를 직접 하거나, 우편으로, 팩스 또는 이메일로 할 수 있습니다. 고충민원을 제기하는 데 도움이 필요하시면, 상기 Civil Rights Coordinator(민권 조정자)가 도울 수 있습니다.

고충민원은 또한 U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부), Office for Civil Rights(민권청)로 아래 주소 또는 전화번호를 통해 우편이나 전화로, 또는 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에 있는 민권청 고충민원 포털을 통해 전자식으로 제기할 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

공충민원 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 찾아 볼 수 있습니다.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-311-9127 (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電888-311-9127 (TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn dành cho bạn. Gọi số 888-311-9127 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-311-9127 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-311-9127 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-311-9127 (телетайп: 711).

ՈՒՇԱՆԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններ: Ձանգահարեք 888-311-9127 (հեռատիպ (TTY) 711)։

يُرجى الانتباه: إذا كنتم تتكلمون اللغة العربية، فأعلموا أن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لكم. اتصلوا برقم الهاتف 888-311-9127 (أو بخط المبرقة الكاتبة TTY لضعاف السمع والنطق على الرقم 711).

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 888-311-9127 (TTY: 711) تماس بگیرید.

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。888-311-9127 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਿ ਚੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 888-311-9127 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

សូមចាំអរម្មណ៍៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះសេវាជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 888-311-9127 (TTY: 711)។

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 888-311-9127 (TTY: 711) पर कॉल करें।

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj tuaj yeem siv cov kev pab txhais lus pub dawb. Hu rau 888-311-9127 (TTY: 711).

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการความช่วยเหลือทางภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 888-311-9127 (TTY: 711)

지갑 카드

빈칸을 채워주시고 카드를 절취하여 지갑에 보관하십시오.

긴급 상황 시, 귀하에게 지명한 의료 대리인이 있으며 작성한 사전의료의향서가 있음을 담당 의료진에게 알려 줍니다. 이력므로 귀하가 의사소통을 할 수 없을 경우 귀하의 바라는 사항이 준수될 수 있도록 해 줍니다.

긴급 상황 시

내가 의사소통을 할 수 없을 경우 나를 대신해 말해 줄 수 있는 의료 대리인이 있습니다.

FULL NAME (성명)

PHONE (전화번호)

ALT. PHONE (대안 전화번호)

RELATIONSHIP TO ME (나와의 관계)

더 자세한 정보를 원하시면, 여기를 방문해 주세요

Providence.org/InstituteForHumanCaring

동봉된 도구함을 아래에서 다운로드하세요

Provhealth.org/AD



Providence Institute for Human Caring

Providence.org/InstituteForHumanCaring