

# 사전의료의향서 - 알래스카

## 단계 1: 귀하의 의료 대리인을 선택하세요.

자신이 결정을 할 수 없을 때 대신 의료 선택을 해 줄 수 있는 신뢰하는 사람을 지명하십시오. 귀하의 가족과 친지 등 귀하의 삶 속에 있는 사람들을 고려해 보십시오. 귀하의 의료 대리인이 될 사람을 선정하십시오. 그 사람에게 귀하의 의료 대리인이 되어 줄 수 있는지 물어보십시오.

### 다음의 사항에 해당되는 가족이나 친지를 선택하십시오.

- 귀하를 잘 아는 18세 이상의 성인
- 귀하의 대리인 역할을 맡을 의향이 있는 사람
- 귀하의 바라는 사항에 따라 어려운 결정을 내릴 수 있는 사람
- 본 자료집에 제공된 귀하의 정보를 의료인과 가족 인원들에게 확실히 전달할 사람

### 귀하의 의료 대리인은 다음을 행할 수 있습니다.

- 귀하가 진료를 어디에서 받는지 결정
- 의료진 선정 또는 배제
- 약물, 검사, 치료에 대한 대답(동의 또는 거부)
- 귀하의 사망 후 귀하의 신체와 기관에 대한 결정
- 귀하의 바라는 사항을 이행하는 데 필요한 법적 조치

귀하의 담당의사나 귀하가 진료를 받고 있는 병원이나 진료소 직원은 귀하의 가족이 아닌 한 대리인이 될 수 **없습니다**.

### 귀하의 의료 대리인을 지명하십시오.

#### 1) 내가 스스로 의사결정을 할 수 없을 경우, 이 사람이 나의 의료 결정을 내리기 원합니다.

이름	성	관계
집/휴대폰 전화번호	직장 전화번호	이메일
주소	City(시)	State(주) ZIP code(우편번호)

#### 일차 지명인이 나의 의료 결정을 내릴 수 없을 경우, 다음의 이 사람이 내리기 원합니다.

이름	성	관계
집/휴대폰 전화번호	직장 전화번호	이메일
주소	City(시)	State(주) ZIP code(우편번호)

#### 2) 귀하가 동의하는 문장 옆에 X로 표시하십시오.

나의 의료 대리인은 **오로지** 내가 스스로 의사결정을 할 수 없게 되었을 경우에 한하여 나를 대신하여 결정을 내려 줄 것입니다.

#### 또는

나의 의료 대리인은 내가 본 양식에 서명한 **직후부터** 나를 대신하여 결정을 내려 줄 수 있습니다.

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)	생년월일
본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 알래스카 의료 결정법(알래스카 개정 법 제 13, 제 52장)을 준수합니다.	
1 페이지	

# 사전의료의향서 - 알래스카

## 단계 2: 귀하의 의료 선택을 하세요.

귀하의 삶의 살 가치는 무엇에 있습니까?

### 1) 나의 삶은(A 또는 B 중 하나를 선택):

A) 내가 얼마나 아프지에 상관 없이 나의 삶은 항상 가치가 있습니다

B) 다음의 경우에 한하여 삶의 살 가치가 있습니다(귀하에게 해당되는 것 모두 표시):

가족과 친지들과 말을 할 수 있다

혼수상태에서 깨어 날 수 있다

내가 스스로 먹고, 씻고 또는 관리할 수 있다

통증으로부터 자유로울 수 있다

기기에 연결되지 않고 생활할 수 있다

잘 모르겠다

### 2) 내가 죽는다면 다음의 사항이 중요합니다(하나를 선택):

집에 있는 것

병원이나 다른 요양원에 있는 것

내가 어디에서 관리를 받든 중요하지 않습니다

## 종교 또는 신앙

### 1) 종교 또는 신앙이 귀하에게 중요합니까?

예  아니요

### 2) 종교적 또는 신앙적 관례가 있습니까? 그렇다면, 무엇입니까?

---

### 3) 귀하의 종교 또는 신앙에 대해 귀하의 담당의사가 알고 있어야 할 사항을 무엇입니까?

---



---



---

# 사전의료의향서 - 알래스카

## 단계 2: 귀하의 의료 선택을 하세요. (계속)

### 생명 유지 장치

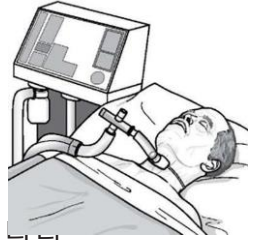
귀하의 생명을 유지하기 위해 생명 유지 절차가 사용될 수 있습니다. 이에 포함된 것은:

**CPR 또는 심폐소생술** - 이는 다음을 포함할 수 있습니다.

- 귀하의 혈액 펌핑을 유지하기 위해 귀하의 가슴을 강하게 압박한다
- 귀하의 심장을 전기 충격으로 소생시킨다
- 귀하의 정맥으로 투약한다



**호흡 기계 또는 환기기** - 이 기계는 귀하의 폐로 공기를 공급하고 귀하의 인두 삽관을 통해 호흡을 시켜줍니다. 이 기계에 연결되었을 때에는 말을 할 수 없고 음식을 먹을 수 없습니다.



**투석** - 이 기계는 귀하의 신장이 제 기능을 하지 못 할 경우 귀하의 혈액을 세척해 줍니다.

**급식관** - 이 관은 귀하가 음식물을 삼킬 수 없을 경우, 음식을 귀하의 몸에 공급합니다. 급식관은 귀하의 인두를 통해 위 안으로 삽입됩니다. 급식관은 외과적으로도 위치시킬 수 있습니다.



**수혈** - 이는 귀하의 정맥에 혈액을 넣습니다.

### 수술 및/또는 약물

귀하가 가장 많이 동의하는 한 문장 옆에 X로 표시하십시오.

내가 심하게 아파 곧 죽을 수 있을 경우:

도움이 될 수 있다고 담당의사가 생각하는 모든 생명 유지 치료를 시도해 주십시오. 치료의 효과가 없고 호전될 가망이 거의 없을 경우, 다음의 상황에도 불구하고 **생명 유지 장치에 계속 연결되어 있고 싶습니다.**  
고통을 받고 있음.

나의 담당의사가 도움이 될 수 있다고 생각하는 모든 생명 유지 치료를 시도해 주십시오. 치료의 효과가 없고 호전될 가망이 거의 없을 경우, **생명 유지 장치에 계속 연결되어 있고 싶지 않습니다.** 내가 고통을 받고 있다면, 온화하게 죽을 수 있도록 생명 유지 치료를 중단하기 원합니다.

나는 **생명 유지 치료를 원치 않습니다.** 나의 편안함에 전념을 다하고 싶습니다. 자연사를 선호합니다.

나는 나의 **의료 대리인**이 결정해 주길 바랍니다.

무엇을 원하는지 잘 모르겠습니다.

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)	생년월일
본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 알래스카 의료 결정법(알래스카 개정 법 제록 13, 제 52장)을 준수합니다.	
3 페이지	

# 사전의료의향서 - 알래스카

## 단계 2: 귀하의 의료 선택을 하세요. (계속)

### 귀하의 장기 기증

귀하의 사망 후 장기 기증과 부검에 관하여 담당의사가 귀하와 상담할 수 있습니다. 귀하의 장기를 기증하면 생명을 구하는 데 도울 수 있습니다. 귀하가 가장 많이 동의하는 **한** 문장 옆에 **X**로 표시하십시오.

나의 장기를 기증하기 **원합니다**.

사용 가능할 수 있는 모든 장기.

특정 장기에 한함(기증하고 싶은 장기 또는 조직을 기재하십시오).

나의 장기를 기증하고 싶지 않습니다.

나의 **의료 대리인**이 결정해 주길  
원합니다.

무엇을 하기 원하는지 잘 모르겠습니다.

### 부검

사망 후 왜 사망했는지 알아보기 위해 부검이 실행될 수 있습니다. 외과적 시술입니다. 며칠 걸릴 수 있습니다. 어떤 경우에는 법에 의해 요구될 수 있습니다. 귀하가 가장 많이 동의하는 **한** 문장 옆에 **X**로 표시하십시오.

나는 부검을 **원합니다**.

나는 부검을 원하지 **않습니다**.

나의 사인에 대한 **의문이 있을 경우에 한하여** 부검을 실행하기 원합니다.

나의 **의료 대리인**이 결정하기 원합니다.

무엇을 하기 원하는지 잘 모르겠습니다.

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)	생년월일
본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 알래스카 의료 결정법(알래스카 개정 법 제13호, 제 52장)을 준수합니다.	4 페이지



# 사전의료의향서 - 알래스카

## 단계 3: 귀하의 의료 대리인의 권한을 정립하세요.

귀하의 의료 대리인이 다음의 사항에 관한 결정을 내리는 데 도와 드릴 수 있습니다.

### 생명 유지 치료 - 생명을 연장시키기 위한 의료

- CPR 또는 심폐소생술
- 호흡기계 또는 환기기
- 투석
- 급식관
- 수혈
- 수술
- 약물

### 임종 간호

귀하의 임종이 가까우면, 귀하의 의료 대리인이 다음을 이행할 수 있습니다.

- 종교 지도자에게 연락한다
- 장기 기증 여부 결정을 돕는다
- 집이든 병원이든 임종 장소의 결정을 돕는다
- 매장 또는 화장 장소 결정을 돕는다
- 부검 실시 여부 결정을 돕는다

### 귀하의 의료 대리인이 귀하의 원하는 의료 사항을 어떻게 준수하기를 원합니까?

귀하가 가장 많이 동의하는 한 문장 옆에 **X**로 표시하십시오.

\_\_\_ **전체적 재량권:** 나의 의료 대리인이 나의 담당의사와 상담한 후 그 당시 나를 위한 최선의 결정으로 생각할 경우 나의 의료 결정사항을 어떤 것이든 변경해도 괜찮습니다.

\_\_\_ **부분적 재량권:** 나의 의료 대리인이 나의 담당의사와 상담한 후 그 당시 나를 위한 최선의 결정으로 생각할 경우 나의 의료 결정사항을 일부 변경해도 괜찮습니다.

\_\_\_ **최소 재량권:** 나의 의료 대리인이 나의 의료 결정을 최대한 내가 바라는 사항과 가깝게 준수해 주길 원합니다. 의사가 달리 권장할지라도 나의 결정을 존중해 주십시오.

### 다음의 질문에 대답하는 데 필요 시 추가 페이지를 사용하시기 바랍니다.

다음의 사항은 존중되기를 내가 간절히 원하는 나의 바라는 사항입니다.

---



---



---

귀하의 의료 대리인이 내리기 **원치 않는** 결정 사항을 기재하십시오.

---



---



---

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)	생년월일
<small>본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 알래스카 의료 결정법(알래스카 개정 법 제독 13, 제 52장)을 준수합니다.</small>	6 페이지

# 사전의료의향서 - 알래스카

## 단계 4: 양식에 서명하세요.

### 귀하의 서명

**이 양식이 유효하게 사용되려면 다음의 절차가 반드시 시행되어야 합니다.**

- 귀하가 최소한 18세일 경우, 본 양식에 서명합니다
- 입회자 두 명이 양식에 서명하거나 **또는** 공증인으로부터 공증을 받습니다

**귀하의 이름을 서명하고 날짜를 기입합니다.**

서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

이름 정자체 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ City(시) \_\_\_\_\_ State(주) \_\_\_\_\_ ZIP code(우편번호) \_\_\_\_\_

### 입회자

이 양식이 유효하게 사용되려면, 반드시 두 명의 입회자가 양식에 서명하거나 **또는** 공증인에 의해 공증을 받아야 합니다.

귀하의 입회자는 반드시:

- 18세 이상이어야 합니다
- 귀하의 지인이어야 합니다
- 귀하가 본 양식에 서명하였음을 인정해야 합니다

다음의 경우 귀하의 입회자가 될 수 없습니다.

- 귀하가 지명한 의료 대리인
- 귀하의 담당의사 또는 기타 의료인
- 귀하에게 진료를 제공하는 의료 기관 또는 의료인
- 귀하가 거주하는 곳에서 일하는 직원

추가로, **최소한 한 명의** 입회자가:

- 귀하와 어떤 형식이든 친족 관계가 있으면 절대 안 됩니다
- 귀하가 사망한 후 금전 또는 재산, 즉 재정적 이득을 받을 수 있는 자격이 있으면 안 됩니다

**두 명의 입회자가 없을 경우, 공증인이 9 페이지에 서명할 수 있습니다.**

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)	생년월일
본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 알래스카 의료 결정법(알래스카 개정 법 제목 13, 제 52장)을 준수합니다.	7 페이지

# 사전의료의향서 - 알래스카

## 단계 4: 양식에 서명하세요. (계속)

### 입회자 서명

**이 페이지는 귀하의 입회자가 작성해야 합니다.**

본인은 서명함으로써 \_\_\_\_\_의향서 소유자가 본 양식에 서명하였음을 인정합니다.      사전의료의향서 소유자명

본 의향서 소유자는 명료하게 생각하는 상태로 본 양식에 서명하는 데 강요 받지 않았습니다.

### 나는 또한 다음의 사항이 사실임을 약속합니다.

- 나는 이 사람이 누구인지 알며, 그/그녀가 누구인지 그/그녀가 증명할 수 있습니다
- 나의 연령은 최소한 18세입니다
- 나는 그/그녀의 의료 대리인이 아닙니다
- 나는 그/그녀의 의료인이 아닙니다
- 나는 그/그녀의 의료인의 직원이 아닙니다
- 나는 그/그녀가 거주하는 곳에 일하는 직원이 아닙니다

### 입회자 #1(아래 서명)은 또한 다음의 사항이 사실임을 약속해야 합니다.

- 나는 그/그녀와 어떤 형식이든 친족 관계가 없습니다
- 그/그녀가 사망한 후 나는 금전 또는 재산, 즉 재정적 이득을 받을 수 있는 자격이 전혀 없습니다

### 입회자 #1

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

이름 정자체 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ City(시) \_\_\_\_\_ State(주) \_\_\_\_\_ Zip Code(우편번호) \_\_\_\_\_

### 입회자 #2

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

이름 정자체 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ City(시) \_\_\_\_\_ State(주) \_\_\_\_\_ Zip Code(우편번호) \_\_\_\_\_

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)		생년월일
본 사전의료의향서와 의료 대리인의 지명은 알래스카 의료 결정법(알래스카 개정 법 제록 13, 제 52장)을 준수합니다.		8 페이지



# 사전의료의향서 - 알래스카

— 공무 전용 —

## 단계 4: 양식에 서명하세요 - 공증인 서명, 필요 시.

두 명의 입회자가 서명하지 않았을 **경우에만** 이 양식을 공증인에게 제출합니다.  
공증인은 귀하의 운전 면허증이나 여권 등 사진이 부착된 신분증을 요구할  
것입니다.

### State of Alaska

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

The foregoing instrument was acknowledged before me this \_\_\_\_\_  
Date

by \_\_\_\_\_  
Name of person who acknowledged

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

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

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

(Notary Seal)

본 사전의료의향서의 소유자는: (이 해당란에 귀하의 이름을 기재하십시오)

생년월일

# 사전의료의향서 - 알래스카

## 단계 5: 작성한 사전의료의향서의 사본을 제출하세요.

귀하가 사전의료의향서에 서명하였고 입회자에 의해 입증 및/또는 공증인에 의해 공증되었으면 원본은 보관하고 1-9 페이지를 복사하여 다음의 사람들에게 보내주십시오.

- 의료 대리인
- 가족
- 친지
- 의료인
- 병원

### 작성한 사전의료의향서 반납 방법:

1. Providence St. Joseph Health의 귀하가 선호하는 의사 또는 병원으로 귀하의 차후 방문 시 **사본** 한 부를 반납하십시오.
2. 수신자 주소와 우표가 붙은 반신용 봉투(이용 가능 경우)를 이용해 **사본** 한 부를 우송하십시오.
3. 귀하의 Providence St. Joseph Health 병원으로 팩스로 반납하십시오.

Providence Alaska Medical Center

**팩스 907-212-3658**

Providence Kodiak Island Medical Center

**팩스 907-486-9513**

*목록에 없는 병원은 정확한 팩스 번호를 위해 귀하의 병원에 연락하십시오.*

귀하의 사전의료의향서를 작성 또는 반납하는 것에 대한 문의사항은 다음의 연락처로 연락하십시오.

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**  
**310-543-3498**

본 작업의 일부는 Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License 하에 허가를 받은 것입니다. 허가증의 사본을 보려면 <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/>을 방문하거나 Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA로 서신을 보내 주십시오.

개정 8/2017

아래 관계자분께 특별한 감사를 드립니다.

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