

KOREAN

사전 의료 의향서

(Advance Directive)

사전 의료 의향서란 무엇인가요??

What is an advance directive?

사전 의료 의향서는 본인이 원하는 건강관리를 받을 수 있도록 미리 작성하는 법적 문서입니다. 사전 의료 의향서를 작성하면 본인이 건강관리 결정을 내릴 수 없는 경우를 대비해, 결정을 대신 내려줄 사람을 지정할 수 있습니다. 이렇게 지정된 사람을 의료 대리인이라고 합니다. 또한 매우 아플 때 원하거나 원하지 않는 치료 및 다른 돌봄에 대한 정보를 제공할 수 있습니다.

An advance directive is a legal document you complete to make sure you get the healthcare you want. In an advance directive, you can choose someone to make healthcare decisions for you, if you are ever unable to make them yourself. This person is called your healthcare agent. You also can give information about the medical treatments and other care you would and would not want if you became very sick.

모든 성인은 사전 의료 의향서를 작성해야 합니다. 특히 나이가 많거나 심각한 질병을 앓고 있는 성인에게는 더욱 중요합니다. 사전 의료 의향서를 작성하면, 자신의 가치와 목표가 존중받을 것임을 확신할 수 있습니다. 또한, 의료 대리인이 본인을 대신해 건강관리 결정을 내릴 때, 본인의 뜻을 알고 있어 안심할 수 있도록 도와줍니다.

Every adult should have an advance directive. It is especially important for adults who are older or have serious illnesses. Completing an advance directive helps you know that your values and goals will be honored. It also gives your healthcare agent the peace of mind of knowing what you would want them to do if they need to make healthcare decisions for you.

사전 의료 의향서는 건강관리 결정만 다룹니다. 다른 사람에게 재정이나 재산을 처리할 권한을 부여하려면 다른 문서를 작성해야 합니다.

An advance directive only deals with healthcare decisions. You must complete a different document to give someone authority to handle your finances or property.

이름
First Name

성
Last Name

생년월일
Date of Birth



MemorialCare™



정보 및 지침

Information and Instructions

사전 의료 의향서는 어떻게 작성하나요?

How do I complete this advance directive?

전체 양식을 작성하시는 것을 권장하지만, 일부만 작성하셔도 괜찮습니다. 작성하고 싶지 않은 부분은 줄을 그어 표시하시면 됩니다. 이 양식을 의료 대리인 (본인이 지정하는 경우) 및 사랑하는 가족들과 함께 이 양식을 작성하면, 본인의 우선사항을 명확히 전달할 수 있습니다. 의사, 간호사, 사회복지사, 사목자 또는 기타 건강관리 전문가도 도움을 줄 수 있습니다.

We encourage you to complete the entire form, but it is okay if you only want to complete part of it. Just cross out any parts you do not want to fill out. It is a good idea to complete this form with your healthcare agent (if you choose to name one) and loved ones so they clearly understand your preferences. A doctor, nurse, social worker, chaplain, or other healthcare professional also can help you.

1 부 : 의사 결정권자 선택하기 (1 페이지) 에서 자신의 건강관리 대리인을 지정합니다. 건강관리 결정을 직접 내릴 수 없는 경우 신뢰할 수 있는 사람이 대신 내릴 수 있습니다. 일차 의료 대리인 1 명을 선택하고, 예비 (대체) 의료 대리인을 최대 2 명까지 지정할 수 있습니다.

In **PART 1: Choosing A Decisionmaker** you name your healthcare agent. This is the person you trust to make your healthcare decisions for you if you are ever unable to make them yourself. You choose one primary healthcare agent and up to two alternate (backup) healthcare agents.

이 양식에 의료 대리인을 기재하기 전에 먼저 그 사람과 상담하는 것이 좋습니다. 그 사람이 기꺼이 도와줄 의향이 있는지 확인하고, 귀하의 건강관리 우선사항에 대해 궁금한 점이 있는지 확인하세요. 귀하의 의사 결정권자로서 신뢰할 수 있는 의료 대리인을 선택하는 것이 매우 중요합니다. 양식 나머지에 귀하가 제공하는 정보를 바탕으로 의료진과 함께 결정을 내리는 것은 그 사람의 몫입니다. 지정한 의료 대리인이 본인의 뜻을 따르지 않을까 걱정된다면, 다른 사람을 선택하는 것을 고려해야 합니다.

It is a good idea to talk with your healthcare agent before you list them on this form. Make sure they are willing to help and see if they have any questions about your healthcare preferences. It is very important to choose a healthcare agent you trust as your decisionmaker. It will be up to them to make decisions with your healthcare team based on the information you provide in the rest of the form. If you are worried that your healthcare agent will not follow your wishes, you should consider choosing someone else.

정보 및 지침 [계속]

Information and Instructions [continued]

유효한 의료 대리인:

A good healthcare agent:

✓ **18세 이상**

Is 18 years old or older

✓ **본인에 대해 잘 알고 있음**

Knows you well

✓ **본인에게 중요한 사항을 이해함**

Understands what's important to you

✓ **의료진이 쉽게 연락할 수 있음(직접, 전화, 통역사 등을 통해)**

Is easy for the healthcare team to contact (in person, by phone, through an interpreter, etc.)

✓ **압박 속에서도 올바른 결정을 내리는 사람**

Makes good decisions under pressure

의료 대리인이 될 수 없는 사람:

Your healthcare agent cannot be:

✗ **18세 미만**

Under 18 years old

✗ **의사, 전문간호사 또는 보조 의사***

Your doctor, nurse practitioner, or physician assistant*

✗ **진료를 받고 있는 병원의 직원***

An employee of the hospital where you are receiving care*

✗ **건강관리를 받고 있는 커뮤니티 케어 시설 또는 거주 요양 시설의 소유자 또는 운영자**

The owner or operator of a community care facility or residential care facility where you receive care

✗ **그 외 10명 이상의 의료 대리인**

The healthcare agent for more than 10 other people

2부: 나의 의료 서비스 기본 설정 (2-3페이지)에 건강관리 우선사항을 기록하여, 의료 대리인이 귀하가 원하는 선택을 이해할 수 있도록 합니다. 여기에는 자신에게 의미 있는 삶의 질이 무엇인지, 어떤 치료 및 다른 돌봄을 원하거나 원하지 않는지 등이 포함됩니다.

In PART 2: My Healthcare Preferences you write down your healthcare preferences, so your healthcare agent understands the choices you want them to make. This includes what a meaningful quality of life looks like for you and what medical treatments and other care you do and do not want.

3부: 서명 및 작성 (4~6페이지)에서 입회인 2명 또는 공증인 앞에서 사전 의료 의향서 양식에 서명**합니다. 양식을 작성하고 3부의 지침을 따르면 캘리포니아 주에서 법적 구속력이 있는 양식이 됩니다. 3부에서는 양식을 작성한 후 이 양식으로 수행할 작업에 대한 지침도 제공합니다.

In PART 3: Sign and Complete you sign** the advance directive form either in front of two witnesses or a notary public. Once you fill out the form and follow the instructions in Part 3, this will be a legally binding form in the state of California. Part 3 also gives instructions for what to do with this form after it is completed.

4부: 나의 가치관 (8~9페이지)은 선택 사항으로, 의료진 및 가족에게 그 밖의 중요한 사항을 알려줄 수 있는 섹션입니다. 여기에는 영적인 신념에 관한 선호, 긴 병원 생활을 보다 편안하게 해줄 것들, 그리고 마지막 날에 바라는 일들이 포함됩니다. 4부에서는 귀하의 대리인, 의료진, 그리고 가족들이 귀하가 생각하는 최상의 돌봄이 어떤 것으로 알고 있는지를 알려드립니다.

PART 4: My Values is an optional section where you can tell your healthcare team and loved ones what else matters to you. This includes your preferences about spirituality, what would make a long hospital stay easier for you, and what you want to happen in your final days. Part 4 lets your agent, healthcare team and loved ones know what excellent care looks like for you.

* 이 제한은 해당 사람이 가족이나 직장 동료일 경우에는 적용되지 않습니다..

These restrictions do not apply if this person is your family member or coworker.

** 서명이 물리적으로 불가능할 경우, 다른 성인을 선택하여 귀하의 지시에 따라 귀하가 지켜보는 가운데 서명하게 할 수 있습니다.

If you are physically unable to sign, you may select another adult to sign at your direction and in your presence.

1부: 의사 결정권자 선택하기

PART 1: Choosing a Decisionmaker

지속적 의료 위임장

Durable Power of Attorney for Healthcare

내가 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 의료 대리인이 대신할 수 있습니다.

If I am unable to make decisions for myself, my healthcare agent will be able to:

- **인공 생명 유지 장치를 포함하여 내가 받을 의료 치료 및 시술을 결정하거나 받지 않을지 결정합니다.**
Decide which medical treatments and procedures I do or do not receive, including artificial life support.
 - **내 치료에 관여할 의료 서비스 제공자 및 시설을 선택하십시오.**
Choose which healthcare providers and facilities are involved in my care.
 - **나의 진료 기록을 열람하고 현재 건강 상태에 관한 정보를 받습니다.**
See my medical records and receive information about my current medical status.
 - **나를 대신하여 건강 보험 회사 또는 기타 의료 프로그램과 협력합니다.**
Work with health insurance companies or other healthcare programs on my behalf.
 - **내가 사망한 후 내 유골의 처리를 지시합니다.**
Direct the disposition of my remains after my death.

이 사람이 내 일차 의료 대리인이 되기를 원합니다. 내가 직접 의료 결정을 내릴 수 없을 경우, 대신 내 의료 결정을 내릴 것입니다.

I want this person to be my PRIMARY HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself.

이름
Name

전화번호
Phone Number

주소
Address

관계
Relationship

이메일 주소
Email Address

이 사람이 나의 첫 번째 대체 의료 대리인이 되기를 원합니다. 내가 직접 결정을 내릴 수 없고 내 일차 의료 대리인이 부재 종일 경우 내 건강 관리 결정을 대신합니다:

I want this person to be my FIRST ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my primary healthcare agent is unavailable:

이름
Name

전화번호
Phone Number

주소
Address

관계
Relationship

이메일 주소
Email Address

1부: 의사 결정권자 선택하기 [계속]

PART 1: Choosing a Decisionmaker [continued]

이 사람이 나의 두 번째 대체 의료 대리인이 되기를 원합니다. 내가 직접 의료 결정을 내릴 수 없고, 다른 의료 대리인들이 없을 경우 내 의료 결정을 대신합니다.

I want this person to be my SECOND ALTERNATE HEALTHCARE AGENT. They will make my healthcare decisions if I cannot make them for myself and my other healthcare agents are unavailable:

이름
Name

전화번호
Phone Number

주소
Address

도시 City	주 State	우편번호 ZIP
------------	------------	-------------

관계 Relationship

이메일 주소
Email Address

선택 사항

Optional

이 양식을 작성한 후 즉시 의료 대리인이 본인을 대신해 결정을 내릴 수 있기를 원하면, 아래의 박스에 표시하세요. 그렇지 않으면 본인이 직접 결정을 내릴 수 있는 경우에만 대신 결정을 내릴 수 있습니다.

If you want your healthcare agent to be able to make decisions for you right now, after you complete this form, check the box below. Otherwise, they will only be able to make decisions for you if you are not able to make them yourself.

- 나는 의료 대리인이 지금 즉시 나를 대신해 결정을 내릴 수 있기를 원합니다. 그러나 본인은 언제든지 의료 제공자에게 의료 대리인이 더 이상 내 결정을 대신하지 않기를 원한다고 말할 수 있다는 것을 이해합니다.

I want my healthcare agent to be able to make decisions for me right now. However, I understand that I can tell my healthcare provider at any time that I no longer want my healthcare agent to make decisions for me.

선택 사항

— I —

귀하는 또한 귀하의 의료적 바람을 수행할 때 귀하의 의료 대리인이 어느 정도의 유연성을 가질 수 있는지 선택할 수 있습니다. (하나를 선택하십시오):

You also can choose how much flexibility to give your healthcare agent in carrying out your medical wishes. (Check one):

- 나의 의료 대리인을 불편한더라도 이 사적 의료 의향서에 내가 작성한 대로 나의 지시를 정확히 따라야 합니다.

My healthcare agent should follow my instructions exactly as I have written them in this advance directive, even if it makes them uncomfortable.

- 내 의료 대리인은 나에게 최선이라고 판단되면 내 의료 결정을 변경할 수 있습니다. 절대 변경되기를 원하지 않는 결정이 있다면, 2페이지에 작성해 두었습니다.

My healthcare agent can change my medical decisions if they think it would be best for me. If I have certain decisions I never want changed, I have written them.

2부 : 나의 건강관리 우선사항

PART 2: My Healthcare Preferences

사전 의료 의향서/의료 지침서

Living Will/Healthcare Directive

인공 생명 유지

Artificial Life Support

중병에 걸린 경우 의사가 인공 생명 유지 장치를 제공할 수 있습니다. 여기에는 인공호흡기(호흡기), 인공영양(영양 공급관), 기타 자연적으로 사망할 수 있는 시점 이후에도 생명을 유지하는 약물이나 기계와 같은 치료가 포함됩니다. 인공 생명 유지 장치는 다른 치료가 효과를 발휘할 시간을 주지만 그 자체로는 회복에 도움이 되지 않습니다.

If you are seriously ill, your doctors may offer artificial life support. This includes treatments like a ventilator (breathing machine), artificial nutrition (feeding tube), and other medications or machines that keep you alive past the point when you would have died naturally. Artificial life support gives other treatments time to work but does not help you get better by itself.

내가 너무 아파서 인공 생명 유지 장치가 필요한 경우(하나를 선택하십시오):

If I am so sick that I need artificial life support to keep me alive (Check ONE):

- 내게 의미 있는 삶으로 회복될 가능성이 거의 없거나 전혀 없더라도, 가능한 한 오랫동안 인공 생명 유지 치료를 받기를 희망합니다.**

I want to receive artificial life support for as long as possible, even if there is little or no chance of recovering to live a life that is meaningful for me.

- 나에게 의미 있는 삶을 살 수 있는 회복 가능성이 있다면 인공 생명 유지 치료를 받기를 원합니다. 하지만 의사가 회복할 수 없다고 판단하면 생명 유지 장치를 중단하고 편안하게 지내는 데 집중하며 자연스러운 죽음을 맞이하고 싶습니다.**

I want to receive artificial life support if there is a good chance of recovering to live a life that is meaningful for me. But, if my doctors do not think I will recover, I want to stop life support, focus on being comfortable, and be allowed to die a natural death.

- 어떤 경우에도 인공 생명 유지 치료를 받기를 원하지 않습니다. 내가 너무 아파서 생명 유지를 위해 인공 생명 유지 치료가 필요하게 된다면, 편안함에 집중하며 자연스럽게 죽음을 맞이할 수 있기를 원합니다.**

I never want artificial life support. If I become so sick that I need life support to keep me alive, I want to focus on being comfortable and be allowed to die a natural death.

- 나는 의료 대리인과 치료팀에게 결정권을 맡기고 싶습니다.**

I want to leave it up to my healthcare agent and my treatment team.

나의 의료와 관련된 기타 구체적인 지침입니다(예: 절대 받고 싶지 않은 특정 치료나, 인공 생명 유지 치료를 원하지 않는 특정 상황 등):

These are other specific instructions regarding my healthcare (for example, if there are specific treatments I would never want, or certain situations when I would never want artificial life support):

2부: 나의 건강관리 우선사항 [계속]

PART 2: My Healthcare Preferences [continued]

삶의 질

Quality of Life

의료 대리인과 의료진이 환자에게 어떤 것이 삶을 의미 있게 만드는지 아는 것이 중요합니다. 이 정보를 통해 치료 계획이 귀하의 목표에 부합하는지 확인할 수 있습니다.

It is important for your healthcare agent(s) and your healthcare team to know what makes life meaningful for you. With this information, they can make sure your treatment plan meets your goals.

내 삶의 의미는 다음 조건을 충족할 때에만 성립합니다(해당 사항 모두 선택):

For me, my life is only meaningful if I can (Check all that apply):

기계에 영구적으로 연결되지 않고 생활하기

Live without being permanently hooked up to a machine

가족 및 친구를 인식하기

Recognize family and friends

가족 및 친구와 의사소통하기

Communicate with family and friends

심한 통증이나 불편함 없이 생활하기

Live without severe pain or discomfort

침대에서 일어나기

Get out of bed

집을 나갈 수 있을 정도로 잘 움직이기(걷기, 휠체어 사용 등)

Move well enough to leave my home (walk, use a wheelchair, etc.)

내가 좋아하는 음식 먹기

Eat my favorite food

목욕하고 몸 관리하기

Bathe and take care of myself

내 주변에서 무슨 일이 일어나고 있는지 알 수 있을 만큼 명확하게 생각하기

Think clearly enough to know what is going on around me

내 집에서 살기

Live in my own home

내가 좋아하는 취미 활동하기: _____

Do my favorite hobby

또는 (OR)

위의 내용 중 해당 사항 없음. 아무리 아파도 내 삶은 언제나 살 가치가 있습니다.

None of the above. My life is always worth living no matter how sick I am.

또는 (OR)

잘 모르겠습니다.

I am not sure.

이러한 것들은 의미 있는 삶을 사는 데 있어서도 나에게 매우 중요합니다:

These things also are very important for me in living a meaningful life:

3부: 서명 및 작성

PART 3: Sign and Complete

서명하기 전에 이 섹션 전체를 주의 깊게 읽어보세요.

Read this entire section carefully before signing.

캘리포니아에서는 두 가지 방법으로 이 양식을 합법적으로 만들 수 있습니다.

아래 옵션 중 하나만 선택하면 됩니다.

In California, there are two ways to make this form legal. You only need to choose ONE of the options below.



옵션 1

OPTION 1

두 명의 입회인 앞에서 서명*하고 그 입회인들이 5페이지의 양식에 서명하도록 합니다. 입회인이 양식에 서명하는 것은 이 사전 의료 의향서에 서명하는 사람이 본인이며 누구도 서명을 강요하지 않는다는 것을 약속하는 것입니다.

Sign* in front of two witnesses, and then have your witnesses sign the form on page 7. When your witnesses sign the form, they are promising that it is really you that is signing this advance directive and that nobody is forcing you to sign.

입회인은 반드시 18세 이상이어야 합니다

Your witnesses must be at least 18 years old.

입회인은 아래에 해당하지 않아야 함:

Your witnesses must not be:

× 이 양식에 지정된 의료 대리인 또는 대체 대리인

A healthcare agent or alternate agent designated in this form

× 귀하의 건강관리 제공자

Your healthcare provider

× 귀하가 거주하거나 의료 서비스를 받는 인가 시설에서 소유, 운영 또는 근무하는 사람

Anyone who owns, operates, or works at a licensed facility where you live or receive healthcare

입회인 가운데 한 사람만 귀하의 친족이거나 귀하의 유언장에 포함될 수 있습니다.

Only one of your witnesses may be related to you or be included in your will.

입회인을 사용하는 경우 이 페이지 하단의 양식에 서명하고 입회인이 5페이지에 서명하도록 하십시오.

If you are using witnesses, sign the form and have your witnesses sign.



옵션 2

OPTION 2

공증인앞에서 서명*하십시오. 이 양식에 공증을 받으려면 운전면허증이나 여권 등 정부에서 발행한 사진이 부착된 최신 신분증이 필요합니다. 공증인을 사용하는 경우 이 페이지 하단의 양식에 서명한 다음 공증인이 6페이지에서 확인서를 작성하도록 하십시오.

Sign* in front of a notary public. To have this form notarized, you will need current, government issued photo identification (like a driver's license or passport). If you are using a notary, sign the form, and then have the notary complete the acknowledgment.

* 직접 서명할 수 없는 경우, 다른 성인이 대신 서명할 수 있습니다.

If you are unable to physically sign, you may have another adult sign in your presence and on your behalf.

3부: 서명 및 완료 [계속]

PART 3: Sign and Complete [continued]

두 명의 입회인 또는 공증인과 함께 있을 때까지 기다렸다가 아래에 서명하십시오.

WAIT until you are with your two witnesses or a notary, then sign below.

서명

YOUR SIGNATURE

서명
Signature

날짜
Date

이름(인쇄체로 기재)
Name: Printed

전화번호
Phone Number

주소
Address

도시
City 주
State 우편번호
ZIP



옵션 1 - 입회인

OPTION 1 – Witnesses

귀하가 이 문서의 입회인인 경우, 다음 내용을 읽어 주시기 바랍니다. 진술에 동의하시면 아래에 서명하세요.

If you are witnessing this document, read the following statement. If you agree with the statement, sign below.

입회인 진술서: 본인은 캘리포니아주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 다음과 같이 진술합니다.

STATEMENT OF WITNESSES: I declare under penalty of perjury under the laws of California that

(1) 이 사전 의료 의향서에 서명/승인한 개인이 저와 개인적으로 알고 있거나 확실한 증거를 통해 신원이 증명되었음을 확인합니다;

The individual who signed/acknowledged this advance directive is personally known to me or that their identity was proven to me by convincing evidence;

(2) 본인 입회하에 이 사전 의료 의향서에 서명하거나 이를 확인했습니다;

The individual signed or acknowledged this advance directive in my presence;

(3) 개인이 건전한 정신 상태이며 협박, 사기 또는 부당한 영향력을 행사하지 않는 것으로 보이는 경우;

The individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;

(4) 본인은 이 사전 의료 의향서에 의해 대리인으로 지정된 사람이 아닙니다; 그리고

I am not a person appointed as agent by this advance directive; and

(5) 본인은 개인의 의료 서비스 제공자, 개인의 의료 서비스 제공자의 직원, 커뮤니티 케어 시설의 운영자, 커뮤니티 케어 시설 운영자의 직원, 노인 거주 요양 시설의 운영자, 노인 거주 요양 시설 운영자의 직원이 아닙니다.

I am not the individual's health care provider, an employee of the individual's health care provider, the operator of a community care facility, an employee of an operator of a community care facility, the operator of a residential care facility for the elderly, nor an employee of an operator of a residential care facility for the elderly.

3부: 서명 및 완료 [계속]

PART 3: Sign and Complete [continued]

첫 번째 입회인:

First Witness:

서명
Signature

이름(인쇄체로 기재)
Name: Printed

주소
Address

날짜
Date

전화번호
Phone Number

도시	주
City	State

두 번째 입회인:

Second Witness:

서명
Signature

이름(인쇄체로 기재)
Name: Printed

주소
Address

날짜
Date

전화번호
Phone Number

도시	주
City	State

두 입회인 중 한 명은 다음 진술서를 주의 깊게 읽고 아래에 서명해야 합니다:

One of the two witnesses also must read the following statement carefully and sign below:

입회인 1명의 추가 진술:

ADDITIONAL STATEMENT OF ONE WITNESS:

또한 본인은 캘리포니아주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 이 사전 의료 의향서를 작성하는 개인과 혼연, 결혼 또는 입양으로 인한 친족이 아니며, 내가 아는 한 현재 존재하는 유언장이나 법률에 따라 사망 시 그 개인의 유산을 받을 자격이 없음을 선언합니다.

I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance directive by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge, I am not entitled to any part of the individual's estate upon his or her death under a will now existing or by operation of law.

서명
Signature

3부: 서명 및 완료 [계속] PART 3: Sign and Complete [continued]



OPTION 2 - Notarization

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

STATE OF CALIFORNIA

County of _____

On _____ before me _____,

personally appeared _____,

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Notary Public Signature

Notary Public Seal



옵션 2 - 공증

이 인증서를 작성하는 공증인 또는 기타 담당자는 이 인증서가 첨부된 문서에 서명한 개인의 신원만 확인하며, 해당 문서의 진실성, 정확성 또는 유효성을 확인하지 않습니다.

캘리포니아 주

카운티 명 _____

아래의 서명자는 _____, 본인 앞에 직접 출석하였으며

_____, 신뢰할 수 있는 증거에 근거하여 본인(들)이 본 증서에 서명된 사람임을 증명했으며, 본인(들)이 자신의 권한으로 동일한 증서를 실행했으며, 증서에 서명함으로써 그 사람(들) 또는 그 사람을 대신하여 행동한 법인이 증서를 실행했음을 저에게 인정했습니다.

본인은 캘리포니아주 법률에 따른 위증죄 처벌에 따라 위 조항이 사실이며 정확함을 증명합니다.

이에 본인이 서명하고 공인 인장을 날인합니다.

공증인 서명 (Notary Public Signature)

공증인 인감 (Notary Public Seal)

3부: 서명 및 완료 [계속]

PART 3: Sign and Complete [continued]

전문 요양 시설 거주자에 한해 추가 요건 적용

Additional Requirement Only for Residents of Skilled Nursing Facilities

다음 진술서는 전문 간호(전문 간호를 장기간 이용할 수 있어야 하는 환자에게 전문 간호 및 지원 간호와 같은 기본 서비스를 제공하는 의료 시설)에 있는 환자인 경우에만 필요합니다. 병원, 의사 사무실 또는 집과 같은 다른 장소에서 이 양식을 작성하는 경우 이 섹션은 필요하지 않습니다. 환자 응호자 또는 옴부즈맨은 다음 진술서에 서명해야 합니다:

The following statement is required only if you are a patient in a skilled nursing facility — a health care facility that provides the following basic services: skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. If you are completing this form in another location, like a hospital, doctor's office, or your home, this section is not required. The patient advocate or ombudsman must sign the following statement:

**환자 응호자 또는 옴부즈맨 진술서: 본인은 캘리포니아주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 전제 하에 본인은 주
STATEMENT OF PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN:**

노인부에서 지정한 환자 응호자 또는 옴부즈맨이며 유언 검인법 4675조에 따라 증인으로 봉사하고 있음을 선언합니다.

I declare under penalty of perjury under the laws of California that I am a patient advocate or ombudsman as designated by the State Department of Aging and that I am serving as a witness as required by Section 4675 of the Probate Code.

서명
Signature

날짜
Date

이름(인쇄체로 기재)
Name: Printed

전화번호
Phone Number

다음 단계

Next Steps

축하합니다!

Congratulations!

사전 의료 의향서를 작성했습니다. 다음에 수행할 작업은 다음과 같습니다:

You have completed your advance directive. Here's what to do next:

- **이 문서를 집으로 가져가서 가족들이 필요할 때 쉽게 액세스할 수 있는 안전한 곳에 보관하십시오.**

Take this document home and keep it somewhere safe where your loved ones can easily access it if needed.

- **사본을 만들어 의료 대리인, 담당 의사, 치료를 받는 병원이나 시설에 전달하십시오. 이 문서의 사본은 원본과 마찬가지로 유효합니다.**

Make copies and give them to your healthcare agents, your doctor, and any hospital or facility where you receive treatment. Copies of this document are just as valid as the original.

- **사전 의료 의향서에 대해 가족, 의료 대리인, 담당 의사 및 기타 의료 서비스 제공자와 상의하십시오. 의료진이 귀하의 의료 서비스에 무엇이 중요한지 이해하도록 하십시오.**

Talk with your family, healthcare agents, your doctors and other healthcare providers about your advance directive. Make sure they understand what's important for your healthcare.

- **myChart 계정이 있는 경우 이 사전 의료 의향서를 업로드할 수 있습니다. 자세한 내용은 memorialcare.org/acp에서 확인하십시오.**

If you have a myChart account, you can upload this advance directive. For more information go to www.memorialcare.org/acp.

- **자세한 정보를 제공하려면 4부 - 나의 가치관 항목을 작성하십시오.**

If you want to provide more information, complete Part 4 – My Values.

사전 의료 의향서를 업데이트하거나 변경하는 방법은 다음과 같습니다:

Here's how to update or change your advance directive:

- **병원에 입원하는 동안 사전 의료 의향서에 작성한 내용에 대해 마음이 바뀌면 반드시 의사에게 알리고 의료 기록에 변경 사항을 문서화하도록 하십시오.**

If you change your mind about anything you have written in this advance directive while you are in the hospital, make sure to tell your doctor and have them document any changes in your medical record.

- **입회인 2명 또는 공증인과 함께 이 문서에 서명하면 이 사전 의료 의향서는 취소할 때까지 유효합니다. 사전 의료 의향서를 취소하려면 문서 앞면에 큰 글씨로 '철회됨'이라고 쓰고 서명하거나 주치의에게 알리면 됩니다. 새 사전 의료 의향서를 작성하면 이전 사전 의료 의향서는 자동으로 취소됩니다.**

Once you have signed this document with two witnesses or a notary, this advance directive is valid until you revoke it. If you want to revoke this advance directive, you can either write "REVOKED" in large letters across the front of the document and sign it or tell your primary doctor. If you complete a new advance directive, it will automatically revoke any previous advance directives.

- **업데이트된 문서를 가족, 의료 대리인, 담당 의사 및 이전 사전 의료 의향서가 보관된 모든 곳에 제공해야 합니다.**

Make sure to provide the updated documents to your family, healthcare agents, your doctor, and anywhere else your previous advance directive was stored.

- **시간이 지남에 따라 상황은 변합니다. 이 사전 의료 의향서는 만료되지 않지만 검토하여 업데이트가 필요한지 확인하는 것이 좋습니다:**

As time goes on, things change. This advance directive does not expire, but it is a good idea to review it and see if it needs updating:

- **10년마다**

Every 10 years

- **결혼 또는 이혼한 경우**

If you get married or divorced

- **새로운 건강 상태를 진단받은 경우**

If you are diagnosed with a new health condition

- **건강이 악화되는 경우**

If your health declines

- **사랑하는 사람이 사망한 후**

After the death of a loved one

4부(선택 사항): 나의 가치관

PART 4 (Optional): My Values

좋은 의료 서비스는 치료 그 이상입니다. 사전 의료 의향서에 추가하는 이 선택 사항에서는 중병에 걸렸을 때 가족 및 의료진에게 가장 중요한 사항을 알려주세요. 이 항목은 원하는 만큼 작성하십시오. 이 섹션을 작성하기로 선택한 경우 나머지 사전 의료 의향서에 첨부하여 보관하십시오.

Good healthcare is about more than medical treatment. In this optional addition to your advance directive, tell your loved ones and your care team what is most important to you if you become seriously ill. Complete as much or as little of this section as you want. If you choose to complete this section, keep it attached to the rest of your advance directive.

심각하게 아플 때

When I am Seriously Ill

- 진통제로 인해 너무 졸려서 깨어 있을 수 없더라도 편안하고 통증이 없는 상태를 유지하고 싶습니다.**

I want to be kept comfortable and free from pain, even if my pain medicine makes me too sleepy to stay awake.

- 가족과 사랑하는 사람들이 나를 찾아와 이야기해 주기를 바랍니다.**

I want my family and loved ones to visit me and talk with me.

- 위로가 되는 접촉(손 잡기, 머리 쓰다듬기 등)을 환영합니다.**

Comforting touches (handholding, stroking my hair, etc.) are welcome.

- 내가 좋아하는 음악을 틀어 주었으면 합니다. 제가 가장 좋아하는 음악은 다음과 같습니다:**

I want my favorite music to be played. My favorite music includes:

- 가능하다면 직접 치료 결정을 내리는 데 참여하고 싶습니다. 내가 인지하지 못하는 것 같아도 치료팀이 나와 대화하며 치료 과정을 알려주길 바랍니다.**

If I am able, I want to be involved in making my own treatment decisions. I want my treatment team to talk to me and tell me what they are doing, even if I don't seem aware.

가능하다면 제 방에 다음 물품이 있으면 좋겠습니다:

If possible, I would like the following things in my room:

영성 및/또는 종교가 중요한 경우 의료진이 알아야 할 사항은 다음과 같습니다:

If spirituality and/or religion is important to me, here is what my care team should know:

내가 매우 아플 경우, 다음과 같은 일이 절대 일어나지 않도록 하고 싶습니다:

If I am very sick, I want to make sure the following things DO NOT happen:

내가 매우 아플 경우, 다음과 같은 일이 반드시 일어나도록 하고 싶습니다:

If I am very sick, I want to make sure the following things DO happen:

4부(선택 사항): 나의 가치관 [계속]

PART 4 (Optional): My Values [continued]

수명이 다할 때

At the End of Life

가능하다면, 마지막 날들을 다음 장소에서 보내고 싶습니다:

If possible, I would like to spend my final days:

집에서

At home

병원에서

In the hospital

요양원 또는 기타 시설에서

At a nursing home or other facility

기타: _____

Other:

기본 설정 없음

No preference

가능하다면, 나의 유해는 다음과 같이 처리되었으면 합니다:

If possible, I would like my remains to be:

매장

Buried

화장

Cremated

기타: _____

Other:

나의 장례식 및 추모식에 관한 구체적인 희망 사항은 다음과 같습니다:

These are my specific wishes for my funeral or memorial service:

가족과 사랑하는 사람들이 알았으면 하는 말이 있습니다:

I want my family and loved ones to know:
