

귀하의 인생, 귀하의 결정
사전 지시서



This document is also available in Russian, Spanish, Vietnamese, Korean and Chinese.

Данная брошюра имеется также в переводе на испанский, вьетнамский, китайский, русский и корейский языки.

Este documento también está disponible en español, vietnamita, cantonés, ruso y coreano.

Tài liệu này cũng có sẵn bằng tiếng Tây Ban Nha, Việt Nam, Quảng Đông, Nga và Đại Hàn.

본 책자는 스페인어, 베트남어, 광둥어, 러시아어, 한국어로도 나와 있습니다.

本文件亦提供西班牙文、越南文、粵語、俄文和韓文版本。

사전 지시서에 관한 안내

만일 귀하가 심각한 질병에 걸리셨거나 다치셨을 경우, 어떠한 건강-진료를 받기 원하시는지 생각해 보셨습니까? 귀하가 더 이상 자신의 의사를 표현하실 수 없을 경우 귀하의 가족이나 의사가 귀하의 희망 사항을 알고 계십니까?

이 책자는 귀하가 이러한 질문들에 대하여 생각하는 것을 돕도록 계획된 책자입니다.

워싱턴 주 법률은 자신의 건강 진료에 관하여 결정을 내릴 수 있는 귀하의 권리를 지지합니다. 귀하는 자신이 원하는 진료에 대한 결정사항을 사전 지시서를 통하여 표명하실 수 있습니다.



사전 지시서란 무엇입니까?

공식적인 사전 지시서는 스스로 결정을 하기가 불가능해 질 경우, 중한 질병을 앓기 전에 자신의 건강-진료에 (건강-진료 지시서) 대한 귀하의 선택을 명시하거나 그러한 결정을 내릴 수 있도록 다른 이를 지명하는 (건강-진료 영속 위임장) 서면 양식입니다. 귀하는 사전 지시서를 통하여 자신의 장래 진료에 관하여 법적으로 유효한 결정을 내리실 수 있습니다.

귀하의 희망 사항을 알리는 또 다른 중요한 방도는 귀하가 무엇을 원하시는지 귀하 가족 그리고 의사와 상의하는 것입니다.

의사에 대한 지시서

건강-진료 지시서란 무엇입니까?

건강-진료 지시서는 (사망 선택 유언) 귀하가 자연히 사망하실 수 있도록 생명을 연장하는 치료를 언제 중단하는가 하는 시기를 의사에게 알리는 서류입니다. 건강-진료 지시서는 귀하가 더 이상 스스로 결정을 내리실 수 없거나 회복될 가망이 없는 말기의 질병을 앓고 계시거나 혹은 생명을 유지하는 치료 방도가 사망 과정을 지연시킬 뿐인 경우에만 사용됩니다. 건강-진료 지시서는 워싱턴 주 법률에 준하여 인정됩니다.

건강-진료 지시서는 어떻게 준비합니까?

1. 건강-진료 지시서 양식을 (이 책자 뒷면에 있습니다) 검토하십시오. 만일 질문이 있으실 경우, 귀하의 가족, 의사, 성직자 혹은 변호사와 상의하십시오. 포함하기 원하시는 특별한 지시사항에 대하여 생각해 보십시오. 이러한 지시사항을 서면으로 쓰시거나 타이프하여 양식에 첨부하십시오.
2. 귀하와 가족 관계가 아니며 가능한 유산 상속자가 아닌 두 명의 증인 앞에서 건강-진료 지시서에 서명하십시오. 귀하의 의사, 의사의 직원, 병원이나 양로원 직원들은 증인이 될 수 없습니다.
3. 귀하 자신의 건강-진료 지시서 사본을 만드시고 귀하 가족 그리고 변호사가 있을 경우 변호사를 위하여 사본을 만드십시오. 건강-진료 지시서 원본은 귀하의 의사에게 전해 주십시오. 이 지시서는 귀하의 희망이 반드시 따라질 수 있도록 의사가 귀하의 의료 기록에 보관하게 됩니다.



장기 및 조직 기증

만일 장기 및/혹은 조직 기증자가 되기 원하실 경우, 이러한 소망을 귀하의 건강-진료 지시서에 명시하실 수 있습니다. 연방 정부가 지정한 이 지역의 장기 기증 단체인 생명 센터 서북미 장기 기증 연락망에 (LifeCenter Northwest Organ Donation Network) www.lcnw.org 혹은 1-877-275-5269번을 통하여 등록하실 수 있습니다. 운전 면허증을 신청하시거나 갱신하실 시, 자동차 면허국에서 장기 기증자로 등록하실 수도 있습니다. 기증자 상징이 귀하의 면허증에 나타날 것입니다. 기증자 등록은 사망 시, 타인을 돕기 위하여 귀하가 지정하신 장기 및 조직을 이식, 연구에 사용하도록 선택하셨다는 의미입니다. 기증자로 등록을 하셨으면 기증 사항에 따른 더 이상의 동의서가 필요 없습니다.

기증자이던 아니시던 간에 귀하의 결정에 관하여 가족과 상의하는 것이 중요합니다. 지시서나 등록 기록이 없으면 귀하를 대신하여 가족들이 결정을 내리도록 요청될 것입니다. 사망 시, 귀하의 희망이 반드시 이루어지며 가족들이 귀하의 결정을 지지할 수 있도록 가족들과 결정사항을 명확하게 상의하시는 것이 중요합니다.

건강-진료 영속 위임장

건강-진료 영속 위임장은 무엇입니까?

건강-진료 영속 위임장은 언제든지 귀하가 자신에 대한 결정을 하실 수 없을 경우, 다른 이가 귀하를 위한 의료 결정을 할 수 있도록 지명하는 서류입니다. 귀하는 위임장에 수술, 인공 영양 및 인공 수화 (유동체 및 약품) 등과 같이 귀하가 원하시거나 혹은 원하지 않는 모든 치료에 관한 지시 사항을 포함하실 수 있습니다. 귀하는 변호사의 조언을 받고 혹은 조언 없이도 건강-진료 영속 위임장을 작성하실 수 있습니다. 귀하의 대리인은 건강-진료에 관한 귀하의 희망사항을 이해하고 존중해야 합니다.

건강-진료 영속 위임장은 어떻게 준비합니까?

1. 건강-진료 영속 위임장 양식을 검토하십시오 (이 책자 뒷면에 있습니다). 양식을 변경하기 원하시는지 생각해 보십시오. 포함하기 원하는 특별한 지시사항 또는 귀하의 대리인에게 지시하실 사항에 관하여 생각해 보십시오. 이러한 지시사항을 서면으로 쓰시거나 타이프하여 양식에 첨부하십시오.
2. 귀하의 대리인으로 행동하기 원하는 개인을 선택하십시오. 귀하의 건강-진료 영속 위임권자가 될 수 있도록 그 분의 동의를 받으십시오. 위임받은 이에게 귀하 자신을 위하여 원하시는 결정에 관하여 가능한 한 직선적으로 말씀하십시오.
3. 양식에 서명을 하시고 날짜를 기입하십시오.
4. 귀하 자신의 건강-진료 영속 위임장의 사본을 만드시고 귀하 대리인, 가까운 가족 그리고 변호사가 있을 경우 변호사를 위하여 사본을 만드십시오. 건강-진료 영속 위임장 원본은 귀하 의사에게 전해 주십시오. 이 건강-진료 영속 위임장은 귀하의 희망이 반드시 이루어 질 수 있도록 의사가 귀하의 의료 기록에 보관하게 됩니다.

사전 지시서가 없으면 어떻게 합니까?

서면으로 지시하는 결정을 내리는 것은 매우 개인적인 결정입니다. 귀하의 희망 사항을 알리는 가장 최선의 방도는 서면으로 작성하시는 것입니다. 일부 개인들은 지시서를 작성하고 편안함을 느끼십니다. 가족이나 친구들이 결정해야만 하는 부담감을 덜어 주는 것을 느끼시게 됩니다.

본인이 스스로 할 수 없을 경우, 누가 본인을 위한 진료 결정을 합니까?

귀하가 자신을 위하여 스스로 결정하실 수 없을 경우, 워싱턴 주 법은 귀하를 대신하여 결정할 수 있는 개인들의 순위를 다음과 같이 선정합니다:

1. 보호자가 지정되어 있을 경우, 귀하의 보호자
2. 귀하의 건강-진료 영속 위임장에 지명된 개인
3. 귀하의 배우자/등록된 가정 파트너
4. 귀하의 성인 자녀
5. 귀하의 부모
6. 귀하의 성인 형제 및/혹은 자매

귀하를 대신하여 결정을 내리도록 선택된 개인은 지시서에 명시된 대로 귀하의 희망사항을 따르도록 주 법률에 준하여 책임을 지게 됩니다.

본인의 사전 지시서를 변경할 수 있습니까?

예. 귀하는 언제든지 건강-진료 지시서 또는 건강-진료 영속 위임장을 변경하시거나 취소하실 수 있습니다. 서류를 파기하시거나, 변경 사항을 적으시거나 혹은 귀하의 의사, 간호사 및 가족들에게 변경 사항에 대하여 말씀하셔서 변경하시거나 취소하실 수 있습니다. 만일 지시서를 변경하실 경우, 귀하의 가족, 의사, 변호사 또는 관여된 다른 이들에게 새로운 지시서 사본을 전해 주셔야 합니다. 귀하의 의사가 변경사항에 대하여 알아야 하며 그렇지 않으면 새 지시서는 소용이 없게 됩니다.

본인의 사전 지시서에 관하여 논쟁이 있으면 어떻게 합니까?

귀하 의사와 병원은 워싱턴 주 법률과 의료 윤리 기준에 해당되는 사전 지시서를 존중할 것입니다. 만일 병원이나 의사가 사전 지시서를 존중할 수 없으면 귀하의 사전 지시서를 존중해 줄 의사나 병원으로 이동시킬 노력을 하도록 법률에 의하여 요구됩니다.

생명-유지 치료는 무엇입니까?

한 개인의 사망 시각을 지연시키며 생명을 연장할 수 있는 여러 생명-유지 치료 및 의료 조치 기구들이 있습니다. 이러한 치료들을 고려하시고 귀하의 가족, 친지 그리고 의사와 상의하시기 바랍니다. 귀하 자신을 위하여 발언하실 수 없게 될 경우를 대비하여 희망 사항을 알려 두는 것이 중요합니다.

생명-유지 치료에 의료 절차 또는 통증을 줄이는 약들은 포함되지 않습니다. 생명-유지 치료를 포기하는 것은 귀하의 통증을 줄이고 편안하게 해 주는 치료에는 전혀 영향을 끼치지 않습니다. *편안하게 해 드리며 통증을 줄이는 지원 치료는 항상 제공될 것입니다.*

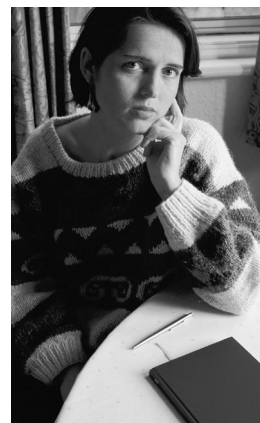
다음은 생명-유지의 일부 치료 방도입니다:

- **심폐소생술 (CPR)**

CPR은 환자의 심장과 폐가 갑자기 멎었을 시 사용됩니다. 심폐소생술은 보통 가슴을 압축하거나 약을 사용하며 그리고/혹은 심장을 재생시키기 위하여 전기 쇼크를 사용하거나 호흡을 유지하기 위하여 기관지에 튜브를 삽입하게 됩니다. CPR을 사용하게 되면 사망 과정을 오직 연장만 시키는 이유 때문에 특정한 환자들 (질병 말기로 죽어가고 있는 환자, 계속 식물 상태로 연명하는 환자, 불치의 병을 앓고 있는 환자 등) 에게는 적절하지 않을 수도 있습니다.

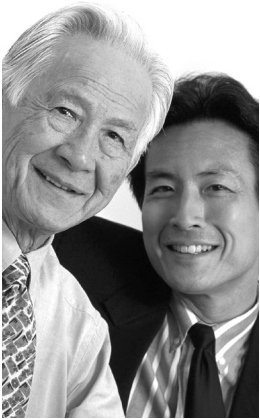
- **인공호흡기/환기장치**

인공호흡기/환기장치는 스스로 호흡을 할 수 없는 환자를 위하여 폐에 공기를 불어 넣어 호흡을 시켜주는 기계입니다. 인공호흡기는 수술을 받았거나 질병을 앓고 있는 환자들을 위해 가끔 사용됩니다. 인공호흡기는 환자 스스로 호흡이 가능할 때까지 환자의 호흡을 도와 주게 됩니다. 인공호흡기는 사망 과정을 오직 연장만 시키는 이유 때문에 질병 말기로 죽어가고 있는 환자들에게는 적절하지 않을 수도 있습니다.



• **인공 영양 및 수화**

인공 영양 및 수화는 식사나 음료수를 마시지 못하는 환자들에게 음식이나 수분을 공급하는 방도입니다. 음식 및/혹은 수분은 직접 또는 간접적으로 위에 공급되거나 (“영양 보급관” 이라고도 불림) 또는 정맥 주사를 통하여 공급될 수도 있습니다. 식사 또는 소화 기능이 임시 마비되었을 시 이러한 방법을 보통 사용합니다. 사망이 확실하거나 회복할 가망이 없을 때에는 인공 영양과 수분은 사망 과정을 오직 지연시킬 뿐입니다.



사전 지시서에 관한 스위디시 메디칼 센터 정책

- 저희는 생명-유지 치료의 보류나 취소에 관한 결정을 포함하여 환자들이 자신의 건강-진료에 대한 선택을 하는 책임과 권리를 존중합니다.
- 저희는 귀하에게 건강-진료에 관한 안내 사항을 제공하며 치료에 대한 귀하의 선택에 귀를 기울일 것을 서약합니다. 귀하는 어떠한 의료 치료라도 거부하거나 수락하실 권리가 있습니다.
- 저희는 사전 지시서 작성에 기준하여 환자들을 차별대우하지 않을 것입니다.
- 저희는 의학적으로 명시되었거나 비-윤리적인 경우를 제외하고는 귀하의 사전 지시서에 명시된 치료 결정을 존중할 것입니다. 만일 병원이나 의사가 이상 기준된 정책에 따른 사전 지시서를 존중할 수 없다면 귀하의 사전 지시서를 존중해 줄 의료 시설로 귀하를 이동시키도록 최선의 노력을 다 할 것입니다.

사전 지시서에 관한 병원 절차는 무엇입니까?

귀하가 저희 병원에 환자로 입원하셨거나 수술 전에 준비하기 위하여 방문을 하실 때에 건강-진료 지시서, 건강-진료 영속 위임장을 준비하셨는지 그리고 장기 기증을 원하시는지 등에 대한 질문을 받게 됩니다.

병원에 입원하러 오실 경우, 사전 지시서 사본을 소지하고 오십시오. 지시서는 귀하의 의료 기록에 보관될 것입니다.

정신 건강 사전 지시서는 무엇입니까?

정신 건강 사전 지시서는 장래에 어떠한 정신 건강 치료를 받기 원하시는지 서면으로 작성하시도록 허가하는 서류입니다. 정신 건강 지시서는 사망 선택 유언과 매우 비등합니다. 이 지시서는 귀하가 “무능력” 하게- 정신 질환으로 인하여 정상적인 선택이 불가능하게- 될 시에만 효력을 발휘하게 됩니다. 귀하를 위하여 정신 건강 치료 결정을 할 수 있는 법적 권한을 다른 이에게 부여하는 지시서를 작성하실 수 있으며 귀하가 원하시거나 원하지 않는 치료에 관한 지시 사항을 명시하실 수 있습니다. 정신 건강 사전 지시서는 워싱턴 주 법률에 의하여 인정됩니다.

정신 건강 사전 지시서는 어떻게 준비합니까?

정신 건강 사전 지시서는 건강-진료 지시서와 동일한 방도로 준비하실 수 있습니다.

1. 정신 건강 사전 지시서 양식을 검토하십시오 (스위디쉬 병원 입원 접수부 혹은 행동 건강 유닛 간호 부서에 양식이 준비되어 있습니다). 질문이 있으실 경우, 귀하의 가족, 의사, 성직자 혹은 변호사와 상의하십시오. 특별한 지시사항에 관하여 생각해 보시고 양식에 포함하십시오.
2. 귀하와 가족 관계가 아니며 가능한 유산 상속자가 아닌 두 명의 증인 앞에서 정신 건강 사전 지시서에 서명하십시오. 귀하의 의사, 의사의 직원, 병원이나 양로원 직원들은 증인이 될 수 없습니다.
3. 귀하의 정신 건강 사전 지시서의 원본을 안전한 장소에 보관하십시오. 귀하 자신, 가족 그리고 변호사를 위하여 사본을 만드십시오. 지시서 사본은 또한 귀하의 의사, 귀하를 위하여 결정을 내릴 수 있도록 지정된 대리인 그리고 병원에 입원할 시 입원 수속 담당인에게도 전해져야 합니다. 귀하의 희망 사항을 반드시 따를 수 있도록 정신 건강 사전 지시서 사본을 귀하의 의료 기록 및/혹은 병원 차트에 보관해야 합니다.

더 상세한 정보는 어디서 구할 수 있습니까?

- 귀하의 간호사 또는 의사에게 문의하십시오.

스위디쉬 메디칼 센터/발라드

- 병원의 영적 치료 성직자에게 (Spiritual Care Chaplain) **206-782-2700**, 직통번호 **35615**번으로 전화하십시오.
- 간호 감독관을 통하여 윤리 자원 위원회로(Ethics Resource Committee) 연락하십시오. 간호 감독관은 **206-782-2700**번 교환을 통하여 연락하십시오.

스위디쉬 메디칼 센터/체리 힐

- 영적 케어 성직자에게 **206-320-2288** 번으로 전화하십시오.

스위디쉬 메디칼 센터/에드몬즈

- 영적케어 성직자에게 **425-640-4019** 번으로 전화하십시오.
- 교환원을 통하여 윤리 위원회 자문관에게 **425-640-4000** 번으로 연락하거나 간호과 사회복지 담당관에게 연락하십시오.

스위디쉬 메디칼 센터/휘스트 힐

- 입원-전 준비 센터(Pre-Admission Center) **206-386-2997**번으로 전화하여 간호사와 상담하십시오.
- 메디칼 센터에 계시는 동안 채널 22번을 통하여 사전 지시서에 관한 비디오를 관람하십시오. “귀하의 이익을 위하여” (“On Your Behalf”)라는 제목입니다.
- 병원의 영적 치료 성직자에게 (Pastoral Care Chaplain) **206-386-2082**번으로 전화하십시오.
- 임상 간호 전문 담당인 및/혹은 윤리 위원회 직원에게 **206-386-6000**번 교환을 통하여 연락하십시오.

스위디쉬 메디칼 센터/이사과

- 영적 케어 성직자에게 **206-386-2082** 번으로 전화하십시오.

스위디쉬 보행 치료 센터 (밀크릭 및 레드몬드)

- 귀하의 간호사와 상담하거나 또는 사회복지 담당관과 상담하도록 요청하십시오.

건강-진료 지시서 (사망 선택 유언)

_____ 주, _____ 카운티, _____, _____
 시에 거주하는 본인 _____ 는 _____ 년 _____ 월 _____ 일,
 오늘 본 건강-진료 지시서를 작성합니다.

본인은 이하 기재된 바와 같이 본인의 생명이 인공적으로 지연되기를 원하지 않음을 알리며
 이에 다음과 같이 선언합니다.

1. 본인은 담당의사로 부터 말기 증상인 것으로 또는 두 명의 의사로 부터 영구 의식 불명
 상태로 진단받았을 경우, 또한 생명 유지 치료 방법이 오직 사망 과정을 인공적으로 연장만
 시킬 뿐인 경우, 그와 같은 치료를 보류하거나 취소하고 자연히 사망할 수 있게 해 주기를
 요청합니다.

본인은 본 양식을 사용함으로써, 말기 증상이란 승인된 의료 기준에 따라 합리적인 의료
 판단 하에 적절한 시기 안에 사망을 초해할 상해, 질병, 또는 질환으로 인한 불치 및 전환이
 불가능한 상태임을 의미하며 생명유지 치료 방도는 사망 과정을 단순히 연장만 할 뿐인
 것을 이해합니다.

본인은 또한 이 양식을 사용함으로써, 영구 의식불명 상태란, 합리적 의료 판단 하에
 평가를 받았을 경우, 전환이 불가능한 혼수상태나 지속적인 식물상태에서 회복할 가능성이
 희박한 상태를 의미함을 이해합니다.

2. 이러한 생명유지 절차 사용에 관한 지시를 본인이 스스로 할 수 없을 경우, 본 건강-
 진료 지시서가 의료 또는 수술 절차를 거부할 수 있는 법적 권리에 대한 본인의 의사로
 가족과 의사가 존중해 줄 것을 바라며 본인의 거부 결과로 일어날 수도 있는 상황을
 수락합니다. 영속 위임장이나 혹은 다른 방도로 본인을 위하여 이와 같은 결정을 내릴 수
 있는 한 개인이 지명되었을 경우 그 개인은 본 건강-진료 지시서 및 그 외 명확히 제시된
 희망사항을 지켜줄 것을 요청합니다.

3. 만일 본인이 임신 진단을 받았으며 본인의 의사에게 임신이 알려졌을 경우, 임신 기간
 동안 본 건강-진료 지시서는 아무런 영향력이나 효력을 지니지 않을 것입니다.

4. 만일 본인이 이상 1번에 설명된 말기 증상의 고통을 당하고 있거나 영구 의식 불명 상태인
 경우, CPR을 포함하여 어떠한 적극적인 절차도 택하지 않기를 요청합니다.

성명 약자: _____ 본인은 인공 영양 및 수분 공급을 원합니다.

_____ 본인은 인공 영양 및 수분 공급을 원하지 않습니다.

5. 본 건강-진료 지시서는 본인이 변경하지 않는 한 작성된 바대로 효력이 지속될 것이며 본
 건강-진료 지시서와 관련하여 실행되거나 보류할 결정에 대하여 본인이 요청하는 사항은
 더 이상의 거론 없이 이행될 것입니다.

6. 본인은 담당 의사들이 선의의 행동을 할 것을 신뢰하며 이상 1번에 명시된 상태 하 본인의 생명을 지속시키는 명목 아래 더 이상 악화되거나, 고통을 당하거나 비인간적인 취급 받기를 원치 않는다는 점을 의사들에게 증명하기 위하여 본 지시서를 작성합니다. 따라서 본인은 통증과 고통을 줄이도록 약을 줄 것을 요청합니다. 본인은 어떠한 상황에 처하더라도 본인의 케이스를 담당한 의사들이 본인의 희망 사항을 알고 이해할 것을 요청하며 허가합니다. 이 요청사항은 심사숙고한 후에 결정한 사항입니다. 이와 같은 요청이 본인의 케이스를 담당한 의사들에게 중한 책임을 부과하는 것처럼 보일 수 있다는 것을 알고 있으나 본인이 강하게 믿는 바대로 의사들에게 이러한 책임 부담을 없애고 스스로 부담하는 것이 본인의 희망입니다.
7. 자연사 법령, 70.122 RCW 조항에 하에 수정된 바대로, 본 건강-진료 지시서를 제출된 서면 방편으로 간주해 줄 것이 본인의 희망입니다. 추가로, 법이 허락하는 한도 내에서 본 건강-진료 지시서가 본인의 의사로 해석되기를 희망하며 본인이 자연히 사망하도록 허락해 줄 것이며 만일 담당 의사가 본인이 말기의 질병을 앓고 있다고 판단하거나 영구적 의식 불명 상태에 빠져 있다고 두 명의 의사가 판단할 경우, 생명 유지 절차의 방도를 통하여 본인의 생명을 인공적으로 연장하지 말아줄 것이 본인의 희망입니다.
8. 본인은 본 건강-진료 지시서의 전체 중요성을 이해하며 본 지시서를 작성할 수 있도록 정신적 그리고 감정적으로 준비가 되었습니다.

선언자의 서명

본인은 이상 지시서에 서명한 선언자 _____ 를 알고 있으며 명시된 선언자는 정신상태가 건강한 것으로 믿습니다. 본인은 선언자와 결혼이나 혈연 관계가 아니며 선언자는 그의 유서에 본인이 언급되어 있지 않음을 명시하였으며 선언자를 대항하여 주장할 바가 없으며 본인은 그의 담당의사나 담당의사의 직원도 아니며 선언자가 환자로 입원한 건강-진료 시설의 (해당 경우) 직원도 아님을 동의합니다.

| | | |
|----|----|----|
| 증인 | 날짜 | 장소 |
|----|----|----|

| | |
|--------|-------|
| 인쇄체 성명 | 거주 주소 |
|--------|-------|

| | | |
|----|----|----|
| 증인 | 날짜 | 장소 |
|----|----|----|

| | |
|--------|-------|
| 인쇄체 성명 | 거주 주소 |
|--------|-------|

주의 사항: 본 건강-진료 지시서는 귀하 담당 의사가 보관하는 의료 기록의 일부로 포함되어야 합니다. 귀하 자신이 한 부를 보관하시고 가까운 가족과 변호사가 있으면 귀하 변호사에게 한 부 씩 전해 주십시오.

(본 서류는 워싱턴 주 시애틀 시에 소재한 스위디쉬 메디칼 센터에서 커뮤니티 서비스로 제공하는 서류이며 이에 대한 문의는 귀하의 변호사와 상의하시도록 권장합니다.)

건강-진료 영속 위임장

_____ 주, _____ 카운티, _____ 시에 거주하는 본인 _____ 은 자신을 위하여 스스로 의사를 전달할 수 없을 경우, 본인을 대리하여 행동해 주도록 _____ 을 본인의 위임장에 의한 대리인으로 지명합니다. 이에 본인은 예전에 승인한 모든 건강-진료에 대한 위임장의 권한을 취소합니다.

1. **교체 대리인.** 어떠한 이유로라도 _____ 가 행동을 취하지 않거나 취할 수 없게 될 경우에는 _____ 가 지명된 순서대로 위임장에 의한 교체 대리인이 될 것을 지정합니다. 위임장에 의한 대리인은 교체자, 후속인 또는 공동 대리인에게도 서면 통보를 기록될 수 있는 형식으로 제출하여 대리인 위치를 사임할 수 있습니다. 본 위임장에 기재된 “실상 대리인”이란 그 당시 책임을 지고 있는 대리인을 의미합니다.

2. **건강-진료에 대한 결정을 할 수 있는 권한.** 건강-진료 결정을 할 수 있는 본인의 대리인은 다음과 같은 권한을 소지할 것 입니다:

- 본인이 자신의 이익을 위하여 스스로 건강-진료에 대한 결정을 내릴 수 없을 경우, 진료인에게 동의서를 제출하는 것을 포함하여 본인의 이익을 위하여 건강-진료 결정을 내릴 수 있는 권한. 이 권한에는 인공호흡기, 영양과 수분을 공급하는 튜브를 삽입 또는 제거, 항생제, 심폐소생술을 포함하여 생명을 연장하는 의료 절차에 대한 결정을 내릴 수 있는 권한이 포함됩니다.
- 본인은 대리인에게 본인의 건강-진료, 서비스 또는 진단 절차를 제공하며, 보류하거나 혹은 중단하는데 대하여 동의할 수 있는 권한을 부여합니다. 이와같은 모든 사항은 이하 기재된 본인의 지시사항을 지키거나 의사에 대한 건강-진료 지시서 (사망 선택 유언)를 지키기 위함입니다.

지시 사항: _____

3. **유효성.** 이 위임장은 본인이 무능력하게 될 시 효력을 발휘합니다. 무능력에는 정신 질환, 정신 쇠퇴, 무능력, 신체적 질병이나 장애, 고령, 상습적인 약물 사용 또는 알콜 중독 등의 이유로 인하여 건강-진료 결정을 효과적으로 내릴 수 없을 경우가 포함됩니다. 무능력 상태는 다음에 의해 판결됩니다: (a) 법원 명령 혹은 (b) 본인의 무능력 상태를 확인하는 자격을 지닌 정규 담당의사의 서면 진술서. 위임장에 의한 대리인과 관여하는 모든 개인들은 이 진술서에 의문을 제기하지 않고 사용할 수 있습니다.

4. **지속 기간.** 이 위임장은 이상 1번에 제공된 바 대로 효력을 발휘하며 11.94, RCW 조항에 승인된 바 대로 최대한의 효력이 지속되거나 이하 5, 6 번에 제공된 바 대로 취하 혹은 제거될 때까지 효력을 발휘합니다.

5. **취소.** 이 위임장은 본인이 지정된 사실상의 대리인에게 서면으로 통보함에 따라 그리고 본 권한이 기록되었을 경우에는 본 통지서를 워싱턴 주의 _____ 카운티에 소재한 부동산 문서가 기록된 사무소에 본 통보를 기록함으로써 취소, 보류 또는 제거될 수 있습니다.
6. **종결.** 본인의 보호자는, 지명되었을 경우, 법정 승인하에 이 위임장을 취소, 보류 또는 제거할 수 있습니다.
7. **신임.** 지정된 사실상 대리인과 관여하는 모든 개인은 건강-진료에 대한 본인의 의사를 실행하는데 있어 이 위임장을 믿을 수 있습니다. 누구든 이 위임장에 대한 취소, 보류 또는 제거등에 관한 서면 통지서를 작성하였거나 알고 있을 경우, 이 위임장에 관여를 하지 않을 것입니다. 달리 무효화되거나 실행이 불가능하게 되지 않는 이상, 행해진 조치는 본인의 친척이나 유산 상속자들에게 구속력이 있게 됩니다.
8. **배상.** 본인의 재산에 해가 가지 않으며 본인의 대리인은 선의로 이행한 모든 행위로 부터 면책됩니다.
9. **적용법률.** 워싱턴 주 내의 법률은 이 위임장을 통치합니다.
10. **선택자유.** 이 서류는 이상 지명된 개인이 본인의 건강-진료 필요성에 대한 결정 만을 내릴 수 있게 함을 이해합니다. 따라서, 본인의 재산이나 개인에 관한 다른 결정을 내리는 점에 있어 보호자나 유한책임 보호자를 필요로 하는 경우에는 _____ 혹은 그 대신으로 _____ 를 지명합니다.
11. **집행.** 이 위임장은 이상 3번에 제공된 바와 같이 효력을 지니도록 2 _____ 년도 _____ 월 _____ 일에 서명되었습니다.
12. **증명.** 본인은 워싱턴 주 법률 하, 위증죄 처벌에 준하여, 이상 진술한 바가 정확하며 진실인 것을 증명합니다.

서명

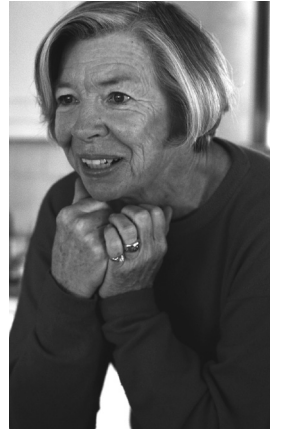
날짜

장소

주의사항: 본 건강-진료 영속 위임장은 귀하 담당 의사가 보관하는 의료 기록의 일부로 포함되어야 합니다. 귀하 자신이 한 부를 보관하시고 가까운 가족과 변호사가 있으면 귀하 변호사에게 한 부씩 전해 주십시오.

(본 서류는 워싱턴 주 시애틀 시에 소재한 스위디쉬 메디칼 센터에서 커뮤니티 서비스로 제공하는 서류이며 이에 대한 문의는 귀하의 변호사와 상의하시도록 권장합니다.)

노트





747 Broadway
Seattle, WA 98122-4307
T 206-386-6000
TTD 206-386-2022

For a free physician referral:
1-800-SWEDISH (1-800-793-3474)
www.swedish.org