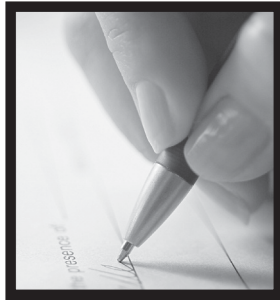


마음이 달라지면 어떻게 해야 할까요?

본인의 의사를 전달하실 수 있다면 사전 의료 의향서를 언제든지 변경하거나 취소하실 수 있습니다. 본인의 치료에 관한 결정을 내려주기를 원하는 사람을 변경하고자 하신다면, 진술서에 서명하시거나 본인의 담당 의사에게 이를 말해주셔야 합니다.

다른 사람이 본인의 치료에 관한 결정을 하면 어떻게 되나요?

귀하를 대신하여 치료에 관한 결정을 내린 모든 사람 - 의료기관 대리인, 귀하께서 담당 의사에게 이름을 제공한 대리인, 또는 법원에 의해 귀하를 위한 결정을 내리도록 지정된 사람에게 같은 규칙이 적용됩니다. 이 모든 사람은 귀하의 **의학적 치료 지시 사항(Health Care Instructions)**을 따라야 하며, 대리인이 없는 경우에는 치료 중단을 포함한 치료에 관한 귀하의 일반적 의향을 따라야 합니다. 귀하의 치료 의향이 알려지지 않다면, 대리인은 귀하에게 최선이 되는 방향으로 결정을 내리기 위해 노력해야 합니다. 귀하에게 의학적 치료를 제공하는 사람은 요청된 치료가 부적절한 의료 행위를 구성하거나 귀하에게 전혀 도움되지 않는 경우가 아니라면 귀하의 대리 기관이나 대리인의 결정을 반드시 따라야 합니다. 이로 인해 합의에 도달할 수 없는 분쟁이 발생한다면, 해당 의료 제공자는 귀하의 치료를 받아들이고 의사가 있는 다른 의료 제공자를 찾기 위해 합당한 노력을 기울여야 합니다.



사전 의료 의향서를 작성하지 않더라도 여전히 치료를 받을 수 있나요?

물론입니다. 귀하는 여전히 의학적 치료를 받으실 수 있습니다. 이것은 귀하의 상태가 의사 결정을 내릴 수 없을 정도로 악화되었을 경우 누군가 다른 사람이 귀하를 위해 결정을 내려야 한다는 사실을 알리기 위한 문서일 뿐입니다. 기억해야 할 사항:

- **의학적 치료 위임장(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)**은 귀하께서 자신을 위한 결정을 내려줄 대리인을 지정할 수 있도록 하는 양식입니다. 귀하의 대리인은 귀하께서 스스로를 대변할 수 없게 되었을 때 연명 치료에 관한 결정을 포함한 대부분 의료 결정을 할 수 있습니다. 또한, 원하실 경우 대리인이 그보다 일찍 그러한 결정을 내리도록 할 수도 있습니다.

- 귀하께서는 헬스케어에 관한 본인의 의향을 적거나 담당 의사에게 이야기하거나 귀하의 의향을 본인의 의료 기록에 추가하기를 의사에게 요청함으로써 **개인의 의학적 치료 지시 사항(INDIVIDUAL HEALTHCARE INSTRUCTION)**을 작성할 수 있습니다. 본인이 언제 특정한 유형이 치료를 원하거나 원치 않을지 알고 있다면, 그러한 지시 사항은 귀하의 의향을 담당 의사나 귀하를 대신하여 치료에 관한 결정에 참여할 수 있는 누군가에게 명확히 전달하는 효율적인 방법입니다.

- 이 두 가지 **사전 의료 의향서(ADVANCE HEALTHCARE DIRECTIVES)**는 함께 또는 개별적으로 사용될 수 있습니다.

공법 101 - 508의 실행을 위해, 환자 자기 결정권을 위한 캘리포니아 컨소시엄(California Consortium on Patient Self-Determination)에서 1991년 본 안내서를 작성하였고, 주법의 변경 사항을 반영하기 위해 컨소시엄 일원과 그 외 이해관계가 있는 당사자들로부터 의견을 수렴하여 2000년 캘리포니아 보건 서비스부(California Department of Health Services)에 의해 수정되었습니다.

사전 의료 의향서 작성에 관한 보다 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있나요?

보다 자세한 정보를 원하신다면 담당 의사, 간호사, 사회복지사, 의료 서비스 제공자와 상담해주시고. 사전 의료 의향서는 변호사를 선임하여 작성하게 하거나 양식을 사용하여 본인이 사전 의료 의향서를 작성할 수 있습니다.



간행물 325 (12/16)

캘리포니아 주

보건 복지국

사회 서비스부

Advance Directive Brochure:
Rev 12/2016_Korean



© 2001 State of California



의학적 치료에 관한 결정을 내릴 권리



본 안내서는 의료 서비스에 관한 결정을 내릴 귀하의 권리와 미래에 스스로를 대변할 수 없게 되었을 때 본인의 의학적 치료에 관한 결정을 지금 계획하는 방법에 관한 정보를 포함하고 있습니다.

연방법에 따라 본 부서는 귀하에게 이 정보를 제공한 의무가 있습니다. 이 정보가 귀하의 의학적 치료와 관련한 결정에 귀하의 의사를 보다 적극 반영하는 데 도움되기를 바랍니다.

저의 치료에 관한 결정은 누가 하게 되나요?

담당 의사는 치료에 관한 정보와 조언을 제공합니다. 귀하께서는 선택할 권리가 있습니다. 귀하께서는 원하는 치료에 대해서 “예”라고 말할 수 있습니다. 원치 않는 치료에 대해서는 “아니요”라고 말할 수 있습니다. 이것은 그러한 치료가 본인의 생명을 연장해줄 수 있는 경우라도 마찬가지입니다.



제가 원하는 것이 무엇인지 어떻게 알 수 있나요?

담당 의사는 귀하의 의학적 증상과 귀하께서 선택할 수 있는 다양한 치료와 통증 관리 옵션에 관해 알려주어야 합니다. 상당수의 치료는 “부작용”이 있습니다. 담당 의사는 의학적 치료에 의해 귀하에게 발생할 수 있는 문제에 관한 정보를 제공해야 합니다.

종종, 한 가지 이상의 치료 방법이 귀하에게 효과가 있을 수 있고 사람마다 어떤 것이 최선인지에 관한 생각이 서로 다를 수 있습니다. 담당 의사는 어떤 치료 옵션이 귀하에게 제공될 수 있는지 알려줄 수 있지만, 귀하를 대신하여 치료 방법을 선택할 수는 없습니다. 최종 선택은 귀하의 몫이며 귀하에게 무엇이 중요한지에 따라 다를 수 있습니다.

다른 사람이 저의 결정에 도움을 줄 수 있나요?

예. 환자분은 의학적 결정을 내릴 때 종종 친척이나 가까운 친구에게 도움을 구할 수 있습니다. 이러한 사람들은 귀하께서 직면한 선택에 관해 생각하는 것을 도와줄 수 있습니다. 또한, 의사와 간호사에게 친척이나 친구와 이야기해주시기를 요청할 수 있습니다. 그들은 귀하를 대신하여 의사와 간호사에게 궁금한 사항을 질문해줄 수 있습니다.

친척이나 친구를 선택하여 의학적 치료 결정을 저 대신 해주도록 할 수 있나요?

예. 담당 의사에게 다른 사람이 본인을 위한 의학적 치료 결정을 할 수 있도록 하고 싶다고 알려줄 수 있습니다. 의사에게 귀하의 의료 기록에 해당 인물을 귀하의 헬스케어 “대리인”으로 추가해주시기를 요청합니다. 귀하의 의학적 치료 결정에 관한 대리인의 권한은 귀하의 현재 질병이나 상해를 치료하는 동안, 또는 귀하께서 의료 시설에

입원하고 있다면, 해당 시설에서 퇴원할 때까지만 효력이 있습니다.

몸 상태가 너무 좋지 않아서 스스로 의학적 치료에 관한 결정을 내릴 수 없다면 어떻게 되나요?

귀하께서 대리인을 지정하지 않았다면, 담당 의사가 연락할 수 있는 가장 가까운 친척이나 친구에게 귀하에게 최선인 결정을 내릴 수 있도록 도와주시기를 요청할 것입니다. 대부분의 경우 이러한 절차는 문제없이 진행됩니다. 그러나 때로는 무엇을 해야 할 지에 관해 모두가 동의하지 않을 수 있습니다. 귀하께서 스스로를 대변할 수 없을 때 다른 사람들이 어떻게 하기를 원하는지 사전에 말하는 것이 유용할 수 있는 이유는 바로 이러한 경우 때문입니다.

의학적 치료에 관한 본인의 의향을 표현하려면 아플 때까지 기다려야 하나요?

아니요. 반대로 몸이 너무 아프기 전이나 병원, 요양원, 또는 기타 헬스케어 시설에 입원해야 하기 전에 이를 선택하는 것이 더 좋습니다. 사전 의료 의향서(**Advance Health Care Directive**)를 사용하시면 자신을 대변해줄 사람은 누구인지와 본인이 원하는 치료는 어떤 종류인지 대신 말해줄 사람을 지정할 수 있습니다. 이러한 문서에 “사전”이라는 문구가 포함된 이유는 이 문서는 의학적 치료에 관한 결정이 요구되기 이전에 미리 준비하는 것이기 때문입니다. 또한, “의향서”라고 불리는 이유는 귀하를 대변해줄 사람과 어떤 선택이 내려져야 하는지에 관한 귀하의 의향이 포함되어 있기 때문입니다.

캘리포니아 주의 경우, 의학적 치료 결정을 내려줄 대리인을 지명하기 위해 사용될 수 있는 사전 의료 의향서 부분을 **의학적 치료 위임장(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)**이라고 합니다. 본인이 어떤 결정이 내려지기를 원하는지 표현할 수 있는 부분은 **개인의 의학적 치료 지시 사항(INDIVIDUAL HEALTHCARE INSTRUCTION)**이라고 합니다.

사전 의료 의향서(**ADVANCE DIRECTIVE**)는 누가 작성할 수 있나요?

만 18세 이상이고 스스로 의학적 치료 결정을 내릴 능력이 있다면 본인이 작성할 수 있습니다. 변호사는 요구되지 않습니다.

대리인으로는 누구를 지정할 수 있나요?

의학적 치료에 관한 결정이 필요할 때 귀하를 대변해줄 사람으로는 성인 친척이나 신뢰하는 다른 사람을 선택할 수 있습니다.

저의 대리인은 언제부터 저를 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있나요?

일반적으로 헬스케어 대리인은 귀하께서 스스로 결정할 능력을 잃게 된 후에만 대신하여 결정을 내릴 수 있습니다. 다만, 원하신다면, **의학적 치료 위임장(POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE)**을 통해 대리인이 즉시 결정을 내려주시기를 원한다고 표시할 수 있습니다.

저의 대리인은 제가 원하는 것을 어떻게 알 수 있나요?

대리인을 선택한 후에는 원하는 사항을 해당 인물에게 알려줄 수 있습니다. 때로는 치료 결정을 내리는 것이 어려울 수 있으므로 귀하의 대리인이 귀하가 원하는 사항을 인지하고 있다면 진정한 도움이 될 수 있습니다. 또한, 사전 의료 의향서에 원하시는 사항을 적을 수도 있습니다.



대리인을 지정하고 싶지 않다면 어떻게 되나요?

그렇다면 대리인을 지정하지 않은 상태로 사전 의료 의향서에 원하는 사항을 적을 수 있습니다. 본인은 가능한 한 최대한 생명을 연장하고 싶다고 말할 수 있습니다. 그렇지 않다면, 연명 치료를 원치 않는다고 말할 수도 있습니다. 또한, 통증 완화제의 사용이나 기타 의학적 치료 유형에 관한 의향을 표현할 수 있습니다.

개인의 의학적 치료 지시 사항(**INDIVIDUAL HEALTHCARE INSTRUCTION**)을 서면으로 작성하지 않았더라도 본인의 의향을 담당 의사에게 알려주거나 귀하의 의료 기록에 해당 목록을 추가해주시기를 요청할 수 있습니다. 또는 가족이나 친구에게 본인의 의향을 표현할 수 있습니다. 다만, 그러한 사항을 서면으로 작성한다면 귀하의 의사를 따르기가 더욱 쉬울 것입니다.