

담화 시작:
본인이 받기를 원하는 의료 서비스를
분명히 밝히기

의료 서비스에 관한
사전 의료 의향서 및
항구적 대리 위임장
Advance Directives and
Durable Power of Attorney
for Health Care (Korean)



MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

사전 의료 의향서 작성 안내서

작성 안내서는 다섯 부분으로 나뉩니다. 이 안내서는 다음과 같은 도움을 줍니다:



시작하기 전에: **사전 의료 의향서에 관해 알아보기. (3 페이지)**
이 장에서는 치료 계획 및 작성해야 하는 서류에 대한 정보를 얻을 수 있습니다.



양식 A 항: **본인이 받기를 원하는 의료 서비스를 분명히 밝히기. (8 페이지)**
이 양식은 환자 본인이 받기를 원하는 치료를 적어두어, 추후에 환자 대리인이 의료 결정을 내리는데 길잡이가 되어줍니다. 이렇게 해놓으면, 환자가 자신의 의사를 표현할 수 없을만큼 위독해진 상황일 때, 보호자들이 환자가 원하는 바를 추측할 필요없이 결정을 내릴 수 있습니다.



양식 B 항: **환자 대리인 선정하기. (16 페이지)**
환자 대리인이란 환자가 너무 위독하거나 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 상황일 때, 이를 대신 해주는 사람입니다.



양식 C 항: **양식에 서명하십시오. (17 페이지)**
환자가 서명을 해야만 이 양식을 사용할 수 있습니다.



양식 D 항: **환자 대리인에게도 서명하도록 부탁드립니다. (19 페이지)**
환자 대리인도 17 페이지에 환자 대리인이 되는 것에 동의한다는 서명을 해야 합니다.

원하는 항목만 작성하십시오.

- 환자 본인이 받기를 원하는 의료 서비스 목록 작성만을 원할 경우에는 A 항으로 가십시오 (8 페이지).
- 오직 환자 대리인 지명만을 원할 경우에는 B 항으로 가십시오(페이지 16).
- 두 가지를 다 원하는 경우에는 A 항과 B 항을 작성하십시오.

C 항에 서명을 할 때는 반드시 증인 2 명의 입회하에 하십시오 (17 페이지).



사전 의료 의향서 점검 목록

이 점검 목록은 환자 본인의 치료 선택을 고려할 때와 이 책자에 있는 양식을 작성할 때 도움이 되는 길잡이로 사용하십시오.

- 작성 안내서를 처음부터 끝까지 전부 읽으십시오.
- 질문이 있으면 모두 적어두십시오.
- 의사, 가족, 친구들, 그리고 영적 조언자들과 함께 질문에 대한 상의를 하십시오.
- 환자 대리인의 역할을 수행할 사람을 선정하십시오 (그리고 그 외에 또 한 명의 대체 환자 대리인).
- 환자 대리인의 역할을 수행할 의향이 있는지 당사자와 의논하십시오. 환자 대리인에게 환자 본인의 희망 사항을 전달하십시오.
- 이 양식의 A 항 (환자 본인이 받기를 원하는 의료 서비스를 분명히 밝히기) 및 B 항 (환자 대리인 지명하기)를 작성하십시오.
- 환자 대리인, 가족 혹은 의료진이 아닌 사람 2 명을 증인으로 선정하십시오.
- 증인들 앞에서 양식에 서명하십시오.
- 증인들도 양식에 서명하도록 하십시오.
- 환자 대리인도 양식에 서명하도록 하십시오.
- 서명한 양식을 여러 부 복사하십시오.
- 복사본 한 부를 보관하십시오. 안전하고 쉽게 찾을 수 있는 곳에 보관하십시오.
- 환자 대리인, 의료진, 가족, 그리고 친구들에게도 복사본을 한 부씩 나눠주십시오.
- 이 문서를 정기적으로 검토하십시오.



시작하기 전에

의료 계획을 세우는 것이 왜 중요합니까?

환자는 본인이 받는 의료 서비스에 관한 모든 결정에 관여할 권리가 항상 있습니다. 그러나, 아무도 미래를 예측할 수 없고, 본인 스스로 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이 올 수 있습니다. 이 안내 책자를 읽어보고 환자 본인이 받기를 원하는 의료 서비스를 명시해 놓음으로써, 환자가 어떤 의료 결정을 스스로 했을지를 지인들과 의료진에게 명확하게 전달할 수 있습니다.

어떻게 시작할 수 있습니까?

선호하는 치료를 적어두는 것이 의료 계획을 세우기 시작하는 좋은 방법입니다. 사전 의료 의향서란 환자 본인이 받기를 원하는 치료를 명시한 서면 진술서입니다. 미시간 주에서는, 의료 서비스에 관한 항구적 대리 위임장 (DPOA-HC) 양식이 사전 의료 의향서로 주로 사용되고 있습니다. 의료 서비스에 관한 항구적 대리 위임장 (DPOA-HC) 는 환자 대리인을 지명할 수 있으며, 미시간에서 법적 효력이 있는 문서입니다.

환자 대리인이란 무엇입니까?

환자 대리인이란 환자가 너무 위독하거나 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 상황일 때, 이를 대신 해주는 사람입니다. 환자 대리인을 지명하는 것이 곧 환자의 의료 서비스에 관한 항구적 대리 위임장 (DPOA-HC) 입니다. 2 명의 의사로부터 환자가 스스로 결정을 할 수 없는 상태라는 동의를 받고, 이 사실이 의료 기록에 기재되어 있을 때에만, 환자 대리인이 환자의 의료 결정을 대신 내릴 수 있게 됩니다. 환자 대리인은 환자가 건강한 상태일 때 결정을 내리도록 요구받을 부분에 대한 의료 결정만을 하게 됩니다.

누구를 환자 대리인으로 선정해야 합니까?

가족이나 친구 중에서:

- 적어도 18 세가 된 사람.
- 환자에 대해 잘 아는 사람.
- 환자가 필요로 할 때 곁에 있어 줄 수 있는 사람.
- 환자의 의향에 동의하지 않더라도, 환자가 원하는 방향으로 환자를 위한 최선의 결정을 내릴 것이라고 믿을 수 있는 사람.
- 환자가 어떤 의료 서비스를 받기를 원하는지를 의사에게 전달할 수 있는 사람.

환자 대리인을 선정하지 않는다면 어떻게 됩니까?

- 환자가 스스로 결정할 수 없을 만큼 위독한 상태가 되면, 의사는 환자의 가장 가까운 가족에게 환자를 대신해서 결정을 내리도록 요청할 것입니다.
- 만약 가족들이 결정을 내리지 못하거나 혹은 의견이 갈라지는 경우에는, 판사가 환자 대신 결정할 사람을 지명해 줄 수 있습니다.
- 환자 대리인을 선정하지 않더라도 치료는 계속 받게 될 것입니다.

환자 대리인은 어떤 종류의 결정을 내릴 수 있습니까?

환자의 의향에 따라, 환자 대리인은 아래와 같은 경우에 동의, 반대, 변경, 중지, 혹은 선택을 할 수 있습니다:

- 의사, 간호사, 사회 복지사에 대해
- 병원 혹은 클리닉에 대해
- 약, 검사 혹은 치료에 대해
- 생명 유지 치료를 받을지 말지에 대해
- 수술을 받을지 말지에 대해
- 병원이나 요양원으로 데려갈지 말지에 대해
- 어떤 종류의 완화 치료를 받을 것인지에 대해. 호스피스 치료 포함.

환자 대리인은 이러한 결정을 내리는데 도움을 얻고자 환자의 의료 기록을 열람할 수 있습니다.

의료 서비스에 관한 항구적 대리 위임장 (DPOA-HC) 에 지명되어 있는 환자 대리인은 법으로 **대리 의사 결정자**로 정의되어 있습니다. 이것은 곧 환자 대리인이 환자를 대신해서 의료 결정을 내릴 것이라는 뜻입니다. 이렇기 때문에 환자의 의향을 환자 대리인에게 알리는 것이 매우 중요합니다.

환자가 이 양식에 기입한 선호하는 의료 서비스는 환자 대리인과 의사들에게 길잡이로서의 역할은 할 것이나, 법적 구속력은 없습니다.

올바로 작성된 의료 서비스에에 관한 항구적 대리 위임장 (DPOA-HC) 은 합법적으로 인정을 받아, 환자가 스스로 결정을 할 수 없는 상황일 때 환자 대리인이 대신 할 수 있도록 허용합니다.

양식 작성과 모든 사람들의 서명이 끝난 다음에는 어떻게 해야 합니까?

- 이 양식의 복사본을 의사 진료실이나 병원으로 가져가서 환자의 의료 기록부에 스캔하여 저장될 수 있도록 하십시오.
- 환자를 보살피는 사람들과도 사본을 나누어 가지십시오. 예를 들면:
 - 환자 대리인
 - 모든 담당 의사
 - 간호사
 - 사회 복지사
 - 가족과 친구들
- 환자 본인의 사본은 안전하고 찾기 쉬운 곳에 보관하십시오.



환자 본인의 선택에 대해 환자 대리인과 상의하십시오.

결정을 바꿀 수 있습니까?

- 언제든지 결정을 변경할 수 있습니다.
- 환자 대리인은 환자가 구두로 언급한 모든 치료에 관한 소망을 반드시 존중하여 만들어야 합니다. 그것이 양식에 기입된 것과 설사 다르더라도 그렇게 해야 합니다.
- 만약 환자가 마음을 바꾸는 경우에는, 새로운 양식을 작성하여 서명을 해놓는 것이 가장 좋습니다.
 - 환자를 보살피는 사람들에게 이 변화에 대해 알리십시오.
 - 환자 대리인과 의사들에게 새로운 양식을 전달하십시오.

이 양식에 관한 질문이 있을 경우 어떻게 해야 하나요?

- 담당 의사나 간호사, 사회복지사, 환자 대리인, 혹은 가족이나 친구들에게 양식을 가져가서 문의하십시오.

이 양식에는 포함되어 있지 않은 그외의 다른 의료 서비스를 받고 싶다는 의향을 기입하려면 어떻게 해야 하나요?

- 종이에 원하는 의료 서비스를 적어서 서명하고 날짜를 기입하십시오
- 그 종이를 이 양식과 함께 보관하십시오.
- 환자를 보살피는 사람들에게도 그 사실을 알리십시오.

어디에서 더 정보를 얻을 수 있습니까?

담당 의사나 사회복지사 같은 의료진들과 상의하십시오. 사회복지사와의 상담을 원하시면, 고객 지원 프로그램 (Guest Assistance Program) 800-888-9825 로 전화하시면 도움을 받으실 수 있습니다.

웹사이트 <http://careguides.med.umich.edu/advance-directives> 으로 들어가서, U-M Patient Education Clearinghouse 로 가면, 사전 치료 계획에 관한 페이지를 방문할 수 있습니다.

그 웹사이트에서는 사전 치료 계획과 사전 의료 의향서에 관한 다음과 같은 추가 정보를 얻으실 수 있습니다:



- 사전 치료 계획과 사전 의료 의향서에 대해서 자주 하는 질문들.



- 소생술 포기 (DNR) 선언서, 정신 건강학적 의료 서비스에 관한 항구적 대리 위임장 (DPOA - HC) 그리고 장례식 대표 지정 양식등을 포함하는 추가적 사전 의료 의향서 관련 문서들.



- 존엄사 유언 서식과 대화 내용등을 포함한 환자의 의향을 기입할 추가 자료들.



환자의 의향 알리기

그리고

환자 대리인 지명하기 (의료 서비스에 관한
항구적 대리 위임장 DPOA-HC)

Making Your Wishes Known

and

Naming Your Patient Advocate (DPOA-HC)



A 항: 본인이 받기를 원하는 의료 서비스를 분명히 밝히기

이 칸에 환자 본인이 선호하는 의료 서비스를 기입하십시오.

이 항이 미시간 주에서 법적 구속력은 없지만, 담당 의사들과 환자 대리인에게 도움이 되는 길잡이 역할을 할 것입니다. A 항의 질문에 답을 하거나 건너 뛴 수 있습니다.

삶에 대한 환자의 생각

Your Thoughts on Life

삶을 살아갈 가치가 있다고 생각하게 만드는 것은 다음 중 어떤 것입니까: (하나를 선택하십시오)

When you think about the things that make life worth living, which of the following apply to you: (pick one)

- 내가 얼마나 아프건간에 나의 삶은 항상 살아갈 가치가 있다.
My life is always worth living, no matter how sick I am
- 내가 내게 의미있는 일들을 할 때만 나의 삶은 살만한 가치가 있다.
My life is worth living only if I can do some of the things that are meaningful to me.
- 잘 모르겠다.
I am not sure.

만약 2 번째 옵션을 선택하셨다면, 동의하는 모든 문장 옆에 (X) 표시를 하십시오.

If you chose the second option, put an (X) next to all the sentences you most agree with:

- 다음과 같은 일을 할 수 있을 때만 나의 삶은 살만한 가치가 있다:
My life is only worth living if I can:
 - 가족이나 친구들과 이야기하기.
Talk to family or friends.
 - 혼수 상태에서 깨어나기.
Wake up from a coma

- 식사하기, 목욕하기 혹은 자신 돌보기.
Feed, bathe, or take care of myself.
- 고통이 없기.
Be free from pain.
- 기계에 연결되지 않은 상태로 살기.
Live without being hooked up to machines.
- 집에서 살기 (양로원에서 사는 것이 아니라).
Live at home (as opposed to a nursing home).
- 기타 _____
Other:
- 잘 모르겠다.
I am not sure.

임종이 다가오면, 나는 (하나를 선택) _____ 에서 죽기를 선호한다.

If I am dying, I prefer to die: (pick one)

- 집에서.
At home
- 시설에서 (병원, 호스피스 혹은 양로원).
At a facility (hospital, hospice, or nursing home).
- 잘 모르겠다.
I am not sure

종교나 영성이 중요합니까?

Is religion or spirituality important to you?

- 아니오 ○ 예
No Yes

종교가 있다면 무엇입니까? _____

If you have one, what is your religion?

담당 의사가 환자의 종교나 영성에 대해 무엇을 알아야 합니까?

What should your doctors know about your religion or spirituality?

잘 모르겠다.
I am not sure.

본인의 장례식이나 추도식에서 특별히 하기를 원하는 것이 있습니까? 음악, 낭독, 또는 다른 모든 요구 사항을 포함할 수 있습니다..

Do you have any hopes for your funeral or memorial service? You can include information on music, readings, or any other requests that you may have.

잘 모르겠다.
I am not sure.

이 외에 공유하고 싶은 삶에 대한 생각이나 소망이 있습니까? 어떤 치료를 받기를 원하는지, 어떤 방법으로 안정을 취하고 싶은지, 혹은 그 외의 어떤 요청이건, 이곳에 기입할 수 있습니다.

Do you have any other wishes or thoughts on life that you would like to share? You can include information on how you would like to be treated, made comfortable, or any other requests that you may have.

잘 모르겠다.
I am not sure.

장기 기증에 대한 환자의 의향

Your Wishes About Organ Donation

담당 의사가 환자의 사망후의 장기 기증에 대한 질문을 할 수도 있습니다.

장기 기증 (나눔)은 많은 생명을 살릴 수 있습니다. 이에 대한 환자의 의향을 알려주십시오.

만약 가장 가까운 친척이 아닌 사람이 환자 대리인이고, 그 사람이 환자 사망시 환자를 대신해서 결정을 내리기를 원하신다면, 장례식 대표 지정 양식을 작성하시기 바랍니다.

가장 동의하는 선택 사항 옆에 (X) 표시를 하십시오.

Put an (X) next to the one choice you most agree with.

나의 모든 장기를 기증하기 원한다.

I want to donate all my organs.

나는 오직 다음과 같은 장기만을 기증하기 원한다:

I want to donate only these organs:

나는 장기 기증을 원하지 않는다.

I do not want to donate my organs.

나는 환자 대리인이 대신 결정하기를 원한다. 환자 대리인에게 결정하도록 한다면, 환자 대리인은 환자의 사망후에 그에 대한 선택을 할 수 있습니다.

I want my Patient Advocate to decide. If you let your Patient Advocate decide, they can make that choice after you die.

잘 모르겠다.

I am not sure.

본인의 장기 기증에 대한 추가 의견이 있으십니까?

있다면, 여기에 작성해주십시오.

Do you have any additional thoughts on donating your organs? If you do, please write them here.

생명 유지 장치 사용에 대한 환자의 의향 알리기

만약 환자가 본인의 의사를 표현할 수 없는 상황이 되면, 환자 대리인이 환자의 생명 유지 장치 사용에 대한 결정을 대신 내릴 것입니다. 생명 유지 치료는 환자의 생명을 연장할 수 있도록 도움을 주는 치료입니다.



환자 본인이 원하는 치료와 원하지 않는 치료에 대한 상의를 의료진과 가족들, 그리고 환자 대리인과 함께 하시기 바랍니다.

대부분의 치료를 시도해 볼 것이지만, 도움이 되지 않을 때에는 중단할 것입니다. 이런 치료 선택에 대해 의료진과 상의하는 것이 매우 중요합니다.

환자가 아플 때, 의사와 간호사들은 항상 환자의 고통을 최소화시키고, 편안한 상태를 유지하도록 노력할 것입니다. 의료진은 환자에게 최선을 다하려고 노력할 것입니다.

선택을 하기 전에 아래의 모든 선택 사항들을 읽어보십시오. 그리고 그중 하나를 선택하십시오.

만약 나의 병세가 악화되어 죽을 상황이 된다면:

Please read all options below before you make your choice. Select one option. If I am so sick that I am dying:

- 나는, 비록 병세에 도움이 되지 않더라도, 생명 유지 장치를 비롯하여 도움이 된다고 여겨지는 **모든 치료**들을 의사가 시도하기 바란다.

I want doctors to try **all treatments** that they think might help, including life support even if it may not help me get better.

- 나는, 의사가 도움이 된다고 생각되는 모든 것을 시도하기 바라지만, 병세가 너무 심해서 나아질 희망이 없다면, 생명 유지 장치로 연명하는 것을 원치 않는다.

I want doctors to do everything they think might help me, but, if I am very sick and have little hope of getting better, I do **not** want to stay on life support.

- 나는 자연사를 원한다. 나는 **생명 유지 치료**를 원하지 않는다.

I want to die a natural death. I want no life support treatments.

- 나는 나의 환자 대리인이 의사들에게서 받은 정보와 평소에 내가 가졌던 삶에 대한 생각을 기반으로, 나 대신 결정하기를 바란다.

I want my Patient Advocate to decide for me with the help of information from my doctors and my thoughts on life.

- 잘 모르겠다.

I am not sure.

치료에 대한 특별한 선호사항이 있다면, 여기에 기입하십시오:

If you have any specific preferences for treatments, please write them here:

임종 순간이 다가올 때 환자 대리인은:

In the event you are dying, your Patient Advocate can:

- 목사님이나 신부님같은 영성 지도자를 부를 수 있습니다.

Call in a spiritual leader.

- 환자를 호스피스 치료에 등록할 수 있습니다.

Enroll you in hospice care.

- 가능하다면, 사망 장소가 집일지 병원일지 결정할 수 있습니다.

Decide if you die at home, if possible, or in the hospital.

- 환자가 편안하며 통증이 없는지 확인할 수 있습니다.

Ensure your comfort and pain control.

환자 본인이 원하는 그 외의 다른 의료 서비스:

My other wishes for my health care:

환자가 환자 대리인에게 주는 지침서

환자가 매우 위독해졌을 때, 환자의 사망을 허용하는 결정을 환자 대리인이 할 수 있도록 하려면, 환자는 아래의 진술서에 서명하시기 바랍니다.

미시간 법은 오직 환자가 환자 대리인에게 권한을 부여했을 때에만, 환자 대리인이 환자의 생명 유지 장치 혹은 심폐 소생술을 거부하거나 중단할 수 있도록 허용합니다.

만약 환자 대리인에게 그러한 권한을 부여하고 싶다면, 아래에 서명하십시오. 만약 환자 대리인에게 그러한 권한을 부여하기를 원치 않으면, 이 칸을 건너뛰십시오.



내가 매우 위독해졌을 때, 내가 죽을 수 있도록 허용하는 생명 유지 장치와 치료에 대한 결정을 나의 환자 대리인이 대신 하기를 원한다. 이런 결정을 할 때, 나는 나의 환자 대리인이 내가 제공한 지침을 따르기를 원한다.

I want my Patient Advocate to make decisions about life support and treatments that would allow me to die when I am very sick. When making these decisions, I want my Patient Advocate to follow the guidelines I have provided.

환자 대리인에게 이러한 권한을 부여하려면 여기에 서명하십시오.

Sign your name here to give this power to your Patient Advocate



환자 대리인에게 이 양식을 보여주십시오.

환자 대리인에게 환자 본인이 어떤 종류의 의료 서비스를 받기를 원하는지 알려십시오.

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



B 항: 환자 대리인 임명하기

환자의 이름 Your Name

생년월일 Date of Birth

환자 대리인이란 환자가 너무 위독하거나 스스로 치료 결정을 못하게 되는 상황이 되었을 때, 이를 대신 해줄 수 있는 사람입니다.

만약에 환자가 너무 위독하고, 의사 2 명이 환자 스스로 의료 결정을 내릴 수 없다고 판단하면, 환자 대리인에게 결정을 하도록 할 것입니다. 환자 본인이 원할만한 결정을 해 줄 것이라고 믿는 사람을 선정하십시오. 첫 번째로 선택한 사람이 할 수 없을 경우를 대비해서, 한 명 혹은 여러 명을 지명해 놓으십시오. 추가로 임명된 사람들은 뒤를 잇는 대리인 혹은 제 2의 환자 대리인이 될 것입니다.

내가 더 이상 스스로 의료 결정을 내리지 못하는 상황이 되면, 나는 이 사람이 나의 환자 대리인이 되기를 희망한다.

I want this person to be my Patient Advocate if I can no longer make my medical decisions for myself

이름 First Name

성 Last Name

집 주소 Street Address

도시 City

주 State

우편 번호 Zip

집 전화 번호 Home phone

직장 번호 Work phone

휴대폰 번호 Cell phone

첫 번째 대리인이 하지 못한다면, 나는 아래의 사람이 제 2의 환자 대리인으로써 나를 위해 대신 의료 결정을 해주기를 원한다.

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions when I cannot and be my successor Patient Advocate.

이름 First Name

성 Last Name

집 주소 Street Address

도시 City

주 State

우편 번호 Zip

집 전화 번호 Home phone

직장 번호 Work phone

휴대폰 번호 Cell phone

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



C 항: 서명

이 사전 의료 의향서가 사용되려면, 환자는 반드시:

- 이 양식의 18 페이지에 서명해야 합니다.
- 증인 2 명에게 18 페이지에 서명하도록 하십시오.

증인은 반드시:

- 적어도 18 세가 된 사람이어야 합니다.
- 환자가 서명하는 것을 직접 보고, 같은 날 서명을 해야 합니다.

증인이 될 수 없는 사람은:

- 환자 대리인.
- 환자의 의료진.
- 환자 의료진의 직원.
- 환자가 거주하는 장소에서 일하는 직원 (환자가 양로원이나 그룹 홈에서 살고있는 경우).
- 배우자, 부모님, 자녀 혹은 손주, 형제, 자매.
- 환자의 사망 후 금전적 혜택을 받을 수혜자 (금전 혹은 부동산)
- 환자의 보험회사에서 일하는 직원.

환자의 증인 2 명은 사전 의료 의향서를 읽을 필요가 없습니다.

증인들은 환자가 서명할 때 반드시 지켜보고 같은날 서명을 해야 합니다 .

증인들은, 환자가 서명을 할 때 명료하게 생각하고 강요에 의해 서명한 것이 아니라는 사실을 증명하는 서명을 합니다. 증인이 될 수 있는 사람들을 예로 들자면, 이웃이나 같은 교회 신자 혹은 친구들입니다.

이 양식을 작성하는데 공증이나 변호사를 선임할 필요는 없습니다.

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



1. 환자의 서명 Your Signature

서명하십시오. Sign your name

날짜 Date

이름을 적으십시오. Print Your First Name

성을 적으십시오. Print your Last Name

집 주소 Street Address

도시 City

주 State

우편 번호 Zip

생년월일 (월/일/년) Date of Birth (Month/Day/Year)



2. 증인 서명 Witnesses' Signatures

저는 서명함으로써, 제가 지켜보는 중에 _____ 가 서명했다는 것을 증명합니다.
(환자 이름을 기입하십시오)

환자는 명료하게 생각하고 있는 것처럼 보이며, 아무런 강요 없이 서명했습니다.

By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(patient name)

They appeared to be thinking clearly and were not forced to sign it.

증인 #1 Witness #1

서명하십시오 Sign your name

날짜 Date

이름을 적으십시오 Print Your First Name

성을 적으십시오 Print your Last Name

집 주소 Street Address

도시 City

주 State

우편 번호 Zip

증인 #2 Witness #2

서명하십시오 Sign your name

날짜 Date

이름을 적으십시오 Print Your First Name

성을 적으십시오 Print your Last Name

집 주소 Street Address

도시 City

주 State

우편 번호 Zip

DURABLE POWER OF ATTORNEY (DPOA-HC)



D 항: 환자 대리인의 수락

환자 대리인은 반드시 이 양식을 읽고 서명해야 합니다.

환자 대리인으로써:

- 환자 대리인은 언제나 자신의 이익이 아닌, 환자의 최상의 이익을 위해 행동해야 합니다.
- 환자가 너무 위독해져서 스스로 결정을 내리지 못하는 상황이라는 2 명의 의사 동의를 받은 후에만, 환자 대리인이 환자를 대신해 결정을 내리기 시작할 수 있습니다.
- 환자가 통상적으로 내릴 수 없던 결정은 환자 대리인도 하지 못합니다.
- 환자 대리인은 사망을 초래할 수 있는 임산부 환자에 대한 특정 치료 중단을 결정할 권리가 없습니다.
- 만약 환자가 분명하게 명시했다면, 환자 대리인은 환자의 치료를 중단하거나 시작하지 않는 결정을 할 수 있으며, 자연사를 허락할 수 있습니다.
- 환자 대리인은 대리인의 역할에 대한 보수는 받을 수 없지만, 환자의 의료비를 지불한 것에 대한 비용은 돌려 받을 수 있습니다.
- 환자 대리인은 법률에 명시된 환자의 권리를 보호하도록 도와야 합니다.
- 환자 대리인은 장기 기증에 관한 환자의 의향에 반하는 결정을 할 수 없습니다.
- 환자는 언제든지 환자 대리인의 자격을 박탈할 수 있습니다.
- 환자 대리인은 스스로 대리인 역할을 그만 둘 수 있습니다.

나는 서명함으로써, 이 문서에서 설명하는 바를 이해하였으며, _____
(환자의 이름) 의 환자 대리인이 되겠다는 것을 증명합니다.

By signing, I am saying that I understand what this document says and that I
will be the Patient Advocate for _____ (name of patient).

환자 대리인 서명 Patient Advocate's Signature

날짜 Date

2 번째 환자 대리인 서명 2nd Patient Advocate's Signature

날짜 Date



사전 의료 의향서 최종 점검 목록

아래의 점검 목록을 참고로 해서, 모든 준비가 되었는지 확인하십시오:

- 환자 대리인으로 믿을 만한 사람을 선정해 두었다.
- 증인으로 환자 대리인이 아니고, 가족도 아니고, 의료진도 아닌 사람 2 명을 선정했다,
- 증인들 앞에서 양식에 서명을 했다.
- 증인들이 양식에 서명을 했다.
- 환자 대리인이 양식에 서명을 했다.

다음에 무엇을 해야 합니까?

- 작성하신 양식을 복사하십시오.
- 의료진에게 복사본을 전달하십시오.
- 의료진에게 복사한 양식을 환자의 의료 기록부에 저장하도록 요청하십시오.
- 환자 대리인에게 복사본을 전달하십시오.
- 가족과 친구들에게도 복사본을 전달하십시오.
- 본인의 복사본은 안전하고 찾기 쉬운 곳에 보관하십시오.
- 작성하신 양식은 일년에 한번 혹은 필요할 때마다 검토하십시오.

Review the form once a year or as needed.

양식에 있는 내용에 동의하지 **않는** 정보가 있다면 새로 작성하십시오. 양식에 있는 내용에 **동의하면** 아래에 제공된 칸을 채워서 양식의 재확인을 하십시오..

○ 날짜 _____	이니셜 _____	○ 날짜 _____	이니셜 _____
Date	Initial	Date	Initial
○ 날짜 _____	이니셜 _____	○ 날짜 _____	이니셜 _____
Date	Initial	Date	Initial

원하시면, 아래의 카드를 작성해서 지갑에 보관하십시오:

<hr/>		
이름을 적어주십시오	서명	날짜
<input type="checkbox"/> 저는 의료 서비스에 관한 항구적 대리 위임장이 있습니다.		
저는 제 치료에 대해 환자 대리인과 가족, 그리고 담당 의사와 논의했습니다. 제가 스스로 의사 표현을 할 수 없을 경우에는, 아래로 연락하십시오:		
<hr/>		
대리인 이름	전화 번호	

<hr/>		
Print your name	Signature	Date
<input type="checkbox"/> I have a Durable Power of Attorney for Health Care		
I have discussed my care with my patient advocate, family, and doctor. If I am unable to speak for myself, please contact:		
<hr/>		
Advocate Name	Telephone Number	

(c) 2017 년 미시간 대학교 이사회 사전 의료 의향서: 환자가 위독해졌을 때, 본인이 받기를 원하는 치료에 대한 발언권은 [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#) 의 허가를 받고 제공되었습니다.

아래의 문서에서 개작:

- [캘리포니아 사전 의료 의향서](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#) 의 허가를 받고 제공되었습니다.
- [헨리 포드 병원의 사전 의료 의향서 및 의료 서비스에 관한 항구적 대리 위임장](#). (윗 문서들의 파생작). Available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License 의 허가를 받고 제공되었습니다.

(c) 2017 Regents of the University of Michigan. *Advance Directives: Have a say about how you want to be treated if you get very sick* is made available under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License](#).

Adapted from:

- [California Advance Health Care Directive](#), (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License](#).
- [Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care by Henry Ford Health System](#). (Derivative work of the above). Available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License.



MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Discrimination is Against the Law!

Michigan Medicine complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine provides free aids and services to people with disabilities to help communicate effectively while receiving care, such as:

- Qualified sign language interpreters; and
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats).

Michigan Medicine provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified language interpreters; and
- Information written in other languages.

If you need these services while at Michigan Medicine, contact Interpreter Services at 734-936-7021.

If you believe that Michigan Medicine has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Patient Civil Rights Coordinator
Michigan Medicine
2901 Hubbard
Ann Arbor, Michigan 48109-2435
Phone - (734) 936-6439
Fax - (734) 347-0696
Email - MichMed_patients_rights@med.umich.edu

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. This can be done electronically, through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7607 (TDD)

Complaint forms are available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call our Interpreter Services office at **734-936-7021** and identify your language. If you would like information regarding your rights and responsibilities as a patient, please ask your Michigan Medicine care provider.

Si usted habla **español** tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **877-810-4719** y pida que le conecten con la oficina de los Servicios de Interpretación al 734-936-7021. Si desea usted obtener información con respecto a sus derechos y responsabilidades como paciente consulte, por favor, con su proveedor de atención médica de *Michigan Medicine*.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فخدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لك. اتصل على **855-800-9252** واطلب التواصل مع مكتب خدمات الترجمة الشفوية على الرقم **734-936-7021**. إذا كنت ترغب في معلومات متعلقة بحقوقك ومسؤولياتك كمرضى، يرجى أن تطلب من مقدمي رعايتك في "طب ميشيغان".

如果您说中文，您可以获得语言协助的免费服务。请拨打 **877-810-4720**，请求连接到翻译服务办公室（734-936-7021）。如果您想获得关于病人权利和责任的资料，请向您的密西根医学部的提供者咨询。

Nếu bạn nói tiếng **Việt**, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi đến số **844-590-8944**, và yêu cầu được kết nối với văn phòng Dịch Vụ Thông Dịch theo số 734-936-7021. Nếu bạn muốn thông tin về quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là bệnh nhân, vui lòng hỏi bác sĩ chăm sóc Michigan Medicine của bạn.

Nëse ju flisni **shqip**, atëherë ju ofrohen shërbime gjuhësore, pa pagesë. Thirrni numrin **844-562-3982** dhe kërkoni që t'ju lidhin me zyrën e përkthyesve në numrin 734-936-7021 dhe tregoni se cilën gjuhë e flisni. Nëse dëshironi informacion në lidhje me të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja si pacient, ju lutemi kontaktoni dhe pyesni ofruesin e kujdesit shëndetësorë të Michigan Medicine.

한국어를 하시는 분들께 통역 서비스가 무료로 제공됩니다. **855-938-0571** 로 전화하셔서, 통역 서비스 사무실 전화 번호인 734-936-7021 로 연결해 주도록 요청하십시오. 환자로써의 권리와 책임에 관한 정보를 원하시면, 미시간 메디신 (Michigan Medicine) 의 의료진에게 문의하십시오.

আপনি **বাংলায়** কথা বললে, বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাবেন। **734-936-7021** নম্বরে আমাদের দোভাষী পরিষেবার অফিসে ফোন করে আপনার ভাষার (Bengali) নাম বলুন। অংশগ্রহণকারী হিসাবে আপনার অধিকার ও কর্তব্যের সম্পর্কে জানতে চাইলে আমাদের মিশিগান মেডিসিন কেয়ার প্রোভাইডারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

Jeśli mówisz **po polsku**, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod nr **844-562-3986** i poproś o połączenie z biurem usług tłumaczeniowych pod nr 734-936-7021. W przypadku chęci uzyskania informacji dotyczących praw i obowiązków pacjenta zwróć się do dostawcy usług medycznych Michigan Medicine.

Wenn Sie **Deutsch** sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen Sie **844-562-3984** an und lassen Sie sich mit dem Dolmetscherdienst unter der Rufnummer 734-936-7021 verbinden. Informationen über Ihre Rechte und Pflichten als Patient erhalten Sie über Ihren Gesundheitsdienstleister bei Michigan Medicine.

Si parla **italiano**, avrà gratuitamente a disposizione servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **844-562-3985** e chiedi di essere messo in contatto con l'ufficio per i servizi di interpretariato (Interpreter Services) al numero 734-936-7021. Se desidera informazioni sui suoi diritti e responsabilità come paziente, consulti il suo referente sanitario Michigan Medicine.

日本語をお話になる方は、無料で言語支援サービスをご利用になれます。855-322-5032 に電話をかけ、通訳サービス課 734-936-7021 につなぐようお願いください。患者としての権利と責任に関する情報をお望みの場合は、ミシガン・メディシンの医療提供者にお問い合わせください。

Если Вы говорите **по-русски**, услуги переводчиков будут предоставлены Вам бесплатно. Звоните по телефону **855-938-0572** и попросите, чтобы Вас соединили со службой переводчиков по телефону 734-936-7021. Если Вы хотите получить информацию о правах и обязанностях пациента, попросите об этом Вашего врача из системы Мичиганской Медицины.

Ako govorite **hrvatski/srpski**, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte našu prevoditeljsku službu na broj **734-936-7021** i recite kojim jezikom govorite (Serbo-Croatian). Ako se želite informirati o svojim pravima i obvezama kao pacijenta, molimo Vas da se obratite pružatelju skrbi u sklopu Sveučilišta Michigan.

Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, may mga magagamit kang libreng serbisyo sa tulong sa wika. Magtanong sa tanggapan ng aming Mga Serbisyo ng Interpreter sa **734-936-7021** at tukuyin ang iyong wika (Tagalog). Kung gusto mong makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan at responsibilidad bilang isang pasyente, mangyaring tumawag sa iyong provider ng pangangalaga sa Michigan Medicine.

Si vous parlez **français**, les services d'aide pour les langues sont à votre disposition et sont gratuits. Appelez le **855-800-9253** et demandez à être mis en relation avec le bureau du Service des interprètes au 734-936-7021. Si vous souhaitez des informations concernant vos droits et responsabilités en tant que patient, veuillez les demander à votre professionnel de santé de Michigan Medicine.

اگر شما به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید. سرویس ترجمه ی رایگان با شمار **844-562-3983** ه در دسترس سان میباشد. بعد از اینکه با این شماره تماس گرفتید. بلافاصله با شماری ه دفتر ترجمه ی ما با **734-936-7021** تماس بگیرید و زبانی که صحبت میکنید را با ما در میان بگذارید. اگر میخواهید اطلاعات مربوط به حقوق و تکالیف خود را به عنوان یک بیمار دریافت کنید. لطفاً از کسی که شما را معالجه میکند در Michigan Medicine آنها رقته اضا کنید.

अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध होंगी। **734-936-7021** पर हमारे व्याख्याकार सेवा अधिकारी को कॉल करें और अपनी भाषा (Hindi) की पहचान करें। अगर मरीज़ के रूप में आपको अपने अधिकारों और ज़िम्मेदारियों के बारे में जानकारी चाहिए, तो कृपया अपने मिशिगन चिकित्सा देखभाल प्रदाता से पूछें।