

## 건강 관리에 대한 오레곤 사전의사 결정서

**이 사전의사 결정서 양식은 다음을 할 수 있도록 허용합니다:**

- 스스로 표현할 수 없다면 건강 관리에 대한 가치, 믿음, 목표 및 소원을 공유합니다.
- 스스로 결정을 할 수 없다면 건강 관리 결정을 할 수 있는 사람을 지명합니다.  
이런 사람을 건강 관리 담당자라고 부르고 담당자는 이런 역할에 행동을 취하도록 동의해야 합니다.

**사전의사 결정서와 건강 관리 담당자와 본인의 소원을 확실하게 논의하세요.** 이는 본인의 소원을 반영하는 결정을 하도록 허용해 줄 것 입니다. 이 전체 양식을 완결하도록 권장합니다.

**건강 관리 양식에 대한 오레곤 사전의사 결정서와 오레곤 사전의사 결정서에 대한 지침은 오레곤 보건당국의 웹사이트에 있습니다.**

- 1, 2, 5, 6 및 7 항에서 건강 관리 담당자를 지정합니다.
- 3 과 4 항에서 관리에 대한 지침을 제공합니다.

**사전의사 결정서 양식은 건강 관리에 대한 선호사항을 표현하도록 허용해줍니다.**

ORS 127.663 에 정의된 바와 같이 생명 유지를 위한 치료 (POLST) 와 동일한 것은 아닙니다. 오레곤 사전의사 결정서에 대한 지침에서 POLST 에 대하여 추가 정보를 찾아볼 수 있습니다.

**이 양식은 스스로 말하기에는 너무 아프거나** 의료 결정을 스스로 할 수 없다면 **본인을 위해 건강 관리 결정에 대해 한 사람을 선택하는데 오레곤에서 사용될 수 있습니다.** 이런 사람을 건강 관리 담당자라고 부릅니다. 실질적인 건강 관리 담당자를 지명을 하지 않았고 스스로 말하기에 너무 아프게 된다면 ORS 127.635 (2) 에 명시된 우선순위의 차례로 건강 관리 담당자를 지명하게 되고 이 사람은 ORS 127.635 (1) 에 명시된 조건의 하나를 본인이 충족하면 생명 유지를 위한 치료를 보류하거나 중단하는 결정만 할 수 있습니다.

이 양식은 건강 관리 결정에 관한 가치와 믿음 그리고 건강 관리에 대한 선호도를 표현하도록도 허용할 것 입니다.

과거에 사전의사 결정서를 완결했다면 이 새로운 사전의사 결정서는 이전 결정서를 교체하게 될 것 입니다.

효력을 발생시키기 위해서는 이 양식에 서명을 해야합니다. 두 명의 증인 혹은 공증인에 의해서도 목격되어야만 합니다. 건강 관리 담당자의 지정은 건강관리 담당자가 지정사항을 수용할 때 까지 효력을 발생하지 않습니다.

만약 사전의사 결정서가 생명유지 장치사용 혹은 관급식을 중단하는 것에 대한 지침을 포함한다면 언제든지 사전의사 결정서와 철회하는 욕구를 표현하는 어떤 방식으로도 철회할 수 있습니다.

모든 다른 경우에는, 언제든지 그리고 어떤 방식으로든 의료적인 결정을 할 수 있는 한 사전의사 결정서를 철회할 수 있습니다.

## 사전의사 결정서 양식

1. 본인에 관한 정보		
이름 (이름, 중간이름, 성):		생년월일:
전화번호: 집	직장	핸드폰
주소:		전자우편:

## 2. 건강 관리 담당자

스스로 저를 위해 말할 수 없다면 건강 관리 결정을 내리는 것에 대하여 제 건강 관리 담당자로서 다음의 사람을 선택합니다.

이름 (이름, 중간이름, 성):		관계:
전화번호: 집	직장	핸드폰
주소:		이메일:

건강 관리 결정을 내리는 첫 번째 선택이 없거나 첫 번째 건강 관리 대행인의 약속을 취소하게 되면 다음의 사람을 대체 건강 관리 담당자로 선택합니다.

### 첫 번째 대체 건강 관리 담당자

이름 (이름, 중간이름, 성):		관계:
전화번호: 집	직장	핸드폰
주소:		이메일:

### 두 번째 대체 건강 관리 담당자

이름 (이름, 중간이름, 성):		관계:
전화번호: 집	직장	핸드폰
주소:		이메일:

### 3. 건강 관리 지침

이 항은 본인의 소원, 가치 및 보호 목표를 표현하기 위한 곳입니다. 본인의 지침은 건강 관리 담당자 및 건강 관리 제공자에 대한 지침을 제공합니다.

다음의 선택하는 보호에 대한 지침을 제공할 수 있습니다. 건강 관리 담당자를 선택하지 않거나 연락이 될 수 없더라도 이것은 사실입니다.

#### A. 건강 관리 결정

소원을 표현하기 위한 3 가지 상황이 아래에 있습니다. 건강 관리 담당자가 직면할 수 있는 생명유지 장치사용 결정의 종류에 대해서 생각하도록 도움을 줄 것 입니다. 각 종류에서 본인이 소원하는 것과 가장 잘 맞는 선택을 고르세요.

##### a. 말기 상태

만약에 다음에 상태에 있다면 이렇게 되기를 원합니다:

- 불치병 혹은 회복될 수 없는 병을 가지고 있습니다

##### 그리고

- 어떤 치료와는 상관없이 6 개월 이내에 사망하는 결과를 초래할 것 이라고 제 건강 관리 제공자는 믿고있습니다.

#### 한 가지의 선택에만 이름의 첫 자인 이니셜을 하세요

—— 인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급, 신장투석 및 산소호흡기와 같이 생명을 유지하는 모든 유효한 치료를 시도하기 원합니다.

—— 인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급으로 생명을 유지하는 시도를 원합니다. 신장투석 및 산소호흡기와 같은 생명을 유지하는 다른 치료를 원하지 않습니다.

—— 인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급, 신장투석 및 산소호흡기와 같이 생명을 유지하는 모든 유효한 치료를 시도하기 원하지 않습니다. 편하게 유지하고 자연사할 수 있기를 원합니다.

—— 건강 관리 제공자와 말하고 나에게 문제가 되는 것들을 고려해주는 건강 관리 담당자가 결정하기를 원합니다. 아래의 B 항목에서 나에게 소중한 것이 무엇인 지 표현했습니다.

#### b. 더 심해지는 진행성 질환

만약에 다음에 상태에 있다면 이렇게 되기를 원합니다:

- 더 심해지는 단계에 있는 질환을 가지고 있습니다.

**그리고**

- 제 건강 관리 제공자는 질환이 개선되지 않을 것이고 시간이 지나면서 더 심해지고 사망의 결과를 초래한다고 믿고 있습니다.

**그리고**

- 제 건강 관리 제공자는 다음을 절대로 할 수 없을 것이라고 믿고 있습니다:
  - » 의사소통
  - » 음식 및 물을 안전하게 삼키는 것
  - » 스스로 관리하는 것
  - » 제 가족 및 다른 사람을 알아보는 것

오직 한가지 선택에만 이름의 첫 자인 이니셜을 하세요	
——	인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급, 신장투석 및 산소호흡기와 같이 생명을 유지하는 모든 유효한 치료를 시도하기 원합니다.
——	인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급으로 생명을 유지하는 시도를 원합니다. 신장투석 및 산소호흡기와 같은 생명을 유지하는 다른 치료를 원하지 않습니다.
——	인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급, 신장투석 및 산소호흡기와 같이 생명을 유지하는 모든 유효한 치료를 시도하기 원하지 않습니다. 편하게 유지하고 자연사할 수 있기를 원합니다.
——	건강 관리 제공자와 말하고 나에게 문제가 되는 것들을 고려해주는 건강 관리 담당자가 결정하기를 원합니다. 아래의 B 항목에서 나에게 소중한 것이 무엇인 지 표현했습니다.

**c. 영구적인 의식불명**

만약에 다음에 상태에 있다면 이렇게 되기를 원합니다:

- 의식이 없습니다.

**그리고**

- 제가 의식을 다시 찾게 되기가 희박할 것 같다고 건강 관리 제공자가 믿고 있다면.

오직 한가지 선택에만 이름의 첫 자인 이니셜을 하세요	
——	인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급, 신장투석 및 산소호흡기와 같이 생명을 유지하는 모든 유효한 치료를 시도하기 원합니다.
——	인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급으로 생명을 유지하는 시도를 원합니다. 신장투석 및 산소호흡기와 같은 생명을 유지하는 다른 치료를 원하지 않습니다.

—— 인공영양, 영양보급관 수화, 정맥주사 수분공급, 신장투석 및 산소호흡기와 같이 생명을 유지하는 모든 유효한 치료를 시도하기 원하지 않습니다. 편하게 유지하고 자연사할 수 있기를 원합니다.

—— 건강 관리 제공자와 말하고 나에게 문제가 되는 것들을 고려해주는 건강 관리 담당자가 결정하기를 원합니다. 아래의 B 항에서 나에게 소중한 것이 무엇인 지 표현했습니다.

어떤 종류의 관리를 원하거나 원하지 않는 지에 관하여 좀 더 자세하게 말하기 위하여 아래의 공간에 적어 넣거나 페이지를 첨부할 수 있습니다.

#### **B. 나에게 그리고 나를 위하여 가장 소중한 것들**

말기 상태, 더 심해지는 진행성 질환 혹은 영구적인 의식불명의 상태에 있을 때에만 이 항이 적용됩니다. 이 항을 사용하기 원하면 본인에게 그리고 본인을 위하여 정말로 중요한 것들을 의사소통할 수 있습니다. 이는 건강 관리 담당자에게 도움을 줄 것 입니다.

이는 본인의 인생에 대하여 본인에게 무엇이 중요한 지에 대하여 알아야 되는 것입니다:

본인의 인생에 대하여 이는 최고로 가치를 두어야 하는 것 입니다.

본인의 인생에 대하여 본인을 위하여 이는 중요한 것 입니다.

생명 유지가 지원될 수 없고 다음의 방법으로 개입될 수 없다면 생명 유지 절차를 원하지 않습니다.

**적용되는 모든 것에 이름의 첫 자인 이니셜을 하세요**

\_\_\_\_\_ 본인의 필요성을 표현하기

\_\_\_\_\_ 장기간 진행되는 심한 통증 및 고통으로 부터 자유롭게 되기

\_\_\_\_\_ 내가 누구인지와 누구와 함께 있는 아는 것

\_\_\_\_\_ 기계적인 생명유지장치에 연결되지 않고 사는 것

\_\_\_\_\_ ~와 같이 나에게 의미가 있는 활동에 참여하는 것

건강 관리 담당자가 본인에게 가장 소중한 것들이 무엇인 지를 도와주기 위하여 좀 더 말하기를 원하면 여기에 적으세요. (예를 들면: ~의 결과를 초래한다면 관리를 원하지 않습니다)



### C. 영적인 믿음

건강 관리 담당자와 본인을 보살펴 주는 사람이 알기를 원하는 영적인 혹은 종교적인 믿음을 가지고 있습니까? 그런 것들로는 의식절차, 성례, 혈액수혈에 대한 거절 및 추가사항일 수 있습니다.

영적인 혹은 종교적인 믿음에 대하여 좀 더 말하기 위하여 아래의 공간에 적거나 페이지를 첨부할 수 있습니다.

### 4. 추가 정보

본인에 관한 추가 정보를 건강 관리 담당자 및 건강 관리 제공자가 가지고 있기를 원하면 이 항을 이용하세요.

#### A. 인생 및 가치

아래에 인생과 가치에 대하여 공유할 수 있습니다. 이는 건강관리를 위하여 건강 관리 담당자 및 건강 관리 제공자를 도와 줄 수 있습니다. 이는 가족력, 건강관리에 대한 경험, 문화적 배경, 직업, 사회적 지지 체계 및 그 이상을 포함할 수 있습니다.

본인의 인생, 믿음 및 가치에 대하여 좀 더 말하기 위하여 아래의 공간 혹은 첨부 페이지에 적을 수 있습니다.

## B. 건강 관리 장소

어디서 건강 관리를 받는지에 대한 선택이 있다면 선호하는 것은 무엇입니까?  
건강 관리를 받기를 원하거나 원하지 않는 장소가 있습니까? (예를 들면, 병원,  
요양원, 정신건강시설, 성인 보호시설, 생활지원 시설, 자택.)

어디에서 건강 관리를 받기를 선호하거나 선호하지 않는 곳에 대하여 좀 더 말하기  
위하여 아래의 공간에 적거나 페이지를 첨부할 수 있습니다.

## C. 기타

건강 관리 담당자 및 건강 관리 제공자에게 도움이 될 것이라고 생각하는 다른 문서를  
이 양식에 첨부할 수 있습니다. 첨부하는 것은 사전의사 결정서의 한 부분일 것 입니다.  
아래의 공간에 첨부한 서류를 목록할 수 있습니다.

## D. 다른 사람에게 알림

아래에 적은 사람들과의 본인의 건강 상황 및 관리를 논의하기 위한 주 및 연방 개인 정보  
보호법에 의해 허락된 범위에 건강 관리 제공자에게 건강 관리 담당자가 허락을 주도록  
허용할 수 있습니다. 건강 관리 담당자만이 관리에 대하여 결정을 내릴 수 있습니다.

이름 (이름, 중간이름, 성):		관계:
전화번호: 집	직장	핸드폰
주소:		이메일:

## 5. 서명

서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

## 6. 증인

서명할 때 A 혹은 B 모두 완결하세요

### A. 공증

주 \_\_\_\_\_

카운티 \_\_\_\_\_

제 앞에서 서명하고 증명함 \_\_\_\_\_

까지 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

오레곤 주 공증인

### B. 증인 선언

제가 개인적으로 알거나 신분증명을 제공한 이 양식을 완결하는 사람은 내 면전에서 문서에 서명했거나 그 사람의 서명을 인정했고 압력 하에 하지 않은 것으로 보이고 이 양식의 목적과 영향을 이해합니다. 추가로 본인은 그 사람의 건강 관리 담당자 혹은 대체 건강 관리 대행인이 아니고 그 사람의 주치의 건강 관리 제공자가 아닙니다.

증인 이름 (인쇄) \_\_\_\_\_

---

서명:

---

날짜

---

증인 이름 (인쇄)

---

서명

---

날짜

## 7. 건강 관리 대행인에 의해 인정

이 지정사항을 수용하고 건강 관리 담당자의 역할을 할 것을 동의합니다.

건강 관리 담당자:

---

이름 인쇄

---

서명 혹은 다른 승인 확인

---

날짜

첫 번째 대체 건강 관리 담당자

---

이름 인쇄

---

서명 혹은 다른 수락 확인

---

날짜

두 번째 대체 건강 관리 담당자

---

이름 인쇄

---

서명 혹은 다른 수락 확인

---

날짜

**문서를 쉽게 이해하기:** 장애가 있는 사람 혹은 영어 외의 다른 언어를 말하는 사람에게는 OHA 가 번역, 큰 활자, 혹은 점자와 같은 다른 방식으로 정보를 제공합니다. 1-971-673- 2411, 711 TTY 혹은 [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us) 보건 정보 센터로 연락하세요.