

사전 의료 지시서(AHCD) (Advance Health Care Directive (AHCD))

캘리포니아
(CALIFORNIA)

이름: _____
(My first name:)
성: _____
(My last name:)
생년월일: ____/____/____
(My date of birth:)
의료 기록 번호: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

이 문서에는 두 가지 버전이 있습니다. 본 문서는 짧은 버전입니다. 두 버전은 kp.org/lifecareplan에서 확인하거나 해당 의사에게 문의할 수 있습니다. 선호하는 버전을 선택하십시오.
(There are two versions of this document. This is the shorter one. You can view the two versions on kp.org/lifecareplan or ask your doctor for them. Choose the one you prefer.)

1단계 (Step 1) 의료 대리인(의사 결정권자)을 선택합니다. 원하는 경우 대체 대리인을 선택할 수도 있습니다. (Choose a health care agent (decision maker). You can also choose an alternate agent if you want one.)

선택한 대리인은 다음 조건을 충족해야 합니다.
(This person is:)

- 18세 이상이며 귀하의 가치와 신념을 잘 알고 있습니다.
(18 or older and knows your values and beliefs well;)
- 귀하를 위해 대리인으로 활동할 의사가 있으며 그러한 능력을 보유하고 있습니다.
(willing and able to do this for you;)
- 귀하의 선호 사항이 자신의 선호 사항과 다르더라도 이를 존중하려고 합니다.
(willing to honor **your** preferences even if they are different from their own;)
- 귀하를 돌보는 의사 또는 다른 의료 진료 전문가가 아닙니다.
(not your doctor or another health care professional who is caring for you.)

본인은 _____ 관계: _____
(I choose) (relationship:)
전화번호: _____ 이메일: _____
(phone number:) (email:)
을(를) 본인의 의료 대리인으로 선택하여 본인이 스스로 의료 관련 결정을 내리지 못하는 경우 본인을 대신해 의료 관련 결정을 내릴 수 있도록 합니다.
(as my health care agent to make health care decisions for me if I'm not able to make them for myself.)

본인은 _____ 관계: _____
(I choose) (relationship:)
전화번호: _____ 이메일: _____
(phone number:) (email:)
을(를) 본인의 1차 의료 대리인이 본인을 대신하여 의료 결정을 내릴 의사 또는 능력이 없거나, 그러한 결정을 내리는 것이 합리적으로 가능하지 않은 경우, 본인의 대체 의료 대리인으로 활동하도록 선택합니다.
(as my alternate health care agent if my primary health care agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me.)

2단계 (Step 2) 의료 대리인 및 진료팀에 지침을 제공합니다. 다음 문항 중 하나만 선택하십시오. (Give guidance to my health care agent and care team. Choose ONE box only:)

본인이 치료가 불가능하고 단기간 내에 사망할 수 있는 질병에 걸린 경우,
(If I have an illness that is not curable and will result in my death in a short time,)
또는 본인이 무의식 상태가 되고 의사가 본인이 호전될 것이라고 생각하지 않는 경우,
(OR I become unconscious, and my doctors do not think I will improve,)
또는 치료로 인한 위험과 부담이 치료의 기대 이익보다 클 경우...
(OR the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits...)

☐ 본인은 일반적으로 인정되는 보건 의료 기준의 한도 내에서 가능한 한 오래 생명을 유지하고 싶습니다.
(I want to be kept alive as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.)

☐ 본인은 본인의 생명이 연장되는 것을 원하지 않습니다. 본인은 생명 연장을 위한 치료를 중단하거나 시작하지 않을 것입니다.
(I do not want my life to be prolonged. I would stop treatments to keep me alive or not start them.)

☐ 본인은 본인이 어느 문항에 가장 동의하는지 잘 모르겠습니다. 본인은 본인의 의료 대리인이 본인을 위해 최선의 조치를 취할 것이라고 믿습니다.
(I am not sure which statements I most agree with. I trust my health care agent to do what is best for me.)

진료팀이 귀하 또는 귀하의 의료적 선호 사항에 대해 알아야 할 추가적인 사항이 있습니까?
(Is there anything else your care team should know about you or your medical preferences?)

3단계 (Step 3) 다음 양식에 서명하십시오. 증인 2명(방법 1) 또는 Notary Public(방법 2)에게 서명을 요청하십시오. (Sign the form below. Ask either TWO witnesses (Option 1) OR a notary public (Option 2) to also sign.)

성명(정자체로 기입): _____
(My name (please print:))
서명: _____ 일자: _____
(My signature) (Date)

사전 의료 지시서(AHCD) (Advance Health Care Directive (AHCD))

캘리포니아
(CALIFORNIA)

이름: _____
(My first name:)
성: _____
(My last name:)
의료 기록 번호: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

방법 1 (Option 1)

본인은 증인 2명을 선택합니다.

I choose TWO WITNESSES.)

모든 증인은 다음 요구 사항을 모두 읽고 동의해야 합니다.

(ALL WITNESSES MUST READ AND ACCEPT ALL THESE REQUIREMENTS)

- 본인은 다음과 같이 선언하며 위증 시 캘리포니아 주 법에 따라 처벌받게 됨을 이해합니다.
(I declare under penalty of perjury under the laws of California that:)
- 본인은 만 18세 이상입니다.
(I am at least 18 years old;)
- 본인은 본 사전 의료 지시서에 의해 대리인으로 임명되지 않았습니다.
(I am not a person appointed as agent by this Advance Health Care Directive;)
- 증인 중 한 명만 가족 관계일 수 있습니다.
(only one of the witnesses can be family related;)
- 본 사전 의료 지시서에 서명하고 확인한 개인은 본인이 개인적으로 알고 있는 사람이며, 또는 개인의 신분이 확증할 수 있는 증거에 의해 본인에게 증명된 사람입니다.
(the individual who signed or acknowledged this Advance Health Care Directive is personally known to me, or that the individual's identity was proven to me by convincing evidence;)
- 해당 개인은 본인의 입회 하에 사전 의료 지시서에 서명하고 확인했습니다.
(the individual signed or acknowledged this Advance Health Care Directive in my presence;)
- 해당 개인은 건전한 정신을 보유했으며 구속이나 사기, 부당 압박을 받지 않는 것으로 보입니다.
(the individual appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence;)
- 본인은 개인의 의료 진료 제공자, 개인의 의료 진료 제공자의 직원, 커뮤니티 치료 시설 운영자의 직원, 노인용 거주 치료 시설 운영자 또는 노인용 거주 치료 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)

1번 증인:

(WITNESS NUMBER ONE:)

성명(정자체로 기입): _____ 서명: _____
(Print name:) (Signature:)
주소: _____ 일자: _____
(Address:) (Date:)

2번 증인:

(WITNESS NUMBER TWO:)

성명(정자체로 기입): _____ 서명: _____
(Print name:) (Signature:)
주소: _____ 일자: _____
(Address:) (Date:)

증인 추가 진술: 위 증인 중에서 적어도 한 명은 다음 진술에도 서명해야 합니다. 본인은 다음과 같이 확인하며 위증 시 캘리포니아 법에 따른 처벌을 받겠습니다. 본인은 본 사전 의료 지시서를 작성하는 사람의 친족(혈연이나 혼인, 입양을 통해 성립한 친족)이 아니며, 또한 내가 알고 있는 한 그 사람의 사후에 기존 유언장이나 법률 적용에 의해 그 사람의 상속 재산에 대해 발생하는 권리가 없습니다.

(ADDITIONAL STATEMENT OF WITNESSES: At least one of the above witnesses must also sign the following declaration: I further declare under penalty of perjury under the laws of California that I am not related to the individual executing this advance health care 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 their death under a will now existing or by operation of law.)

성명(정자체로 기입): _____ 서명: _____
(Print Name:) (Signature:)

캘리포니아주 전문 간호 기관 거주자만 해당

요양원에 거주하는 경우에만 이 양식을 귀하의 요양원장에게 제출하십시오. 캘리포니아 법에 따라 요양원 거주자는 요양원 옴부즈맨을 사전 의료 지시서(AHCD)의 추가 증인으로 지정해야 합니다.

(FOR CALIFORNIA SKILLED NURSING FACILITY RESIDENTS ONLY)

(STATEMENT OF THE PATIENT ADVOCATE OR OMBUDSMAN)

"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."

옴부즈맨 서명: _____ 일자: _____
(Signature of ombudsman:) (Date:)
성명(정자체로 기입): _____
(Print name:)

사전 의료 지시서(AHCD) (Advance Health Care Directive (AHCD))

캘리포니아
(CALIFORNIA)

이름: _____
(My first name:)
성: _____
(My last name:)
의료 기록 번호: _____
(My medical record number:)

KP use: patient label

방법 2 (Option 2)

본인은 증인 2명 대신 NOTARY PUBLIC을 선택합니다.
(I choose a NOTARY PUBLIC instead of two witnesses.)

State of California, County of: _____

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.

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 that 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.

(signature of Notary Public)

(Seal)

다음 단계

원본을 보관하십시오.

의료 대리인(들)에게 사본을 제공하십시오.

다음 Kaiser Permanente 진료 예약 시 사본을 지참하거나

사본을 Kaiser Permanente Central Scanning, 1011 S. East Street, Anaheim, CA 92805로 우편으로 보내거나 SCALCentralized-Scanning-Center@kp.org로 이메일로 보내십시오.

위임자의 가치와 신념, 원하는 의료 방식에 관해 의료 대리인(들)과 의견을 나누십시오. 대화를 나누는 과정에서 AHCD를 참고하고 의료 대리인들이 이 역할을 수행할 수 있는지 확인하십시오. 사랑하는 사람, 가족 및 가까운 친구에게 의료 대리인 지정 사실과 원하는 의료 방식, 그 이유를 알리십시오.

AHCD를 지참하십시오. 병원이나 요양시설로 가게 되면 사전 의료 지시서 1부를 지참하여 의무 기록에 반영하게 하십시오.

AHCD에 기재한 선택사항은 언제든지 취소하거나 변경할 수 있습니다. 생활이나 건강에 변화가 생기면 새 문서를 작성하거나 담당 의사에게 직접 알려 대리인(들) 및 원하는 사항을 변경할 수 있습니다.