

건강관리 요원 선정 Choice of Health Care Agent

중병이나 사고가 언제 찾아올지 아무도 예측할 수 없습니다. 이런 일이 발생했을 경우, 귀하를 대변해 주거나 귀하를 위해 의료 의사결정을 대신 내려 줄 누군가가 필요해질지도 모릅니다. 지금 미리 계획을 세운다면, 그때 받게 될 의학적 치료를 귀하가 원하는 것으로 받으실 가능성을 높일 수 있습니다.

메릴랜드, 버지니아, 그리고 워싱턴 지역에서, 귀하는 누군가를 “의료 위임자” 또는 “건강관리 대리자”와 같은 격인 “건강관리 요원”으로 선정하실 수 있습니다. 건강관리 요원은 귀하가 본인의 의료 의사결정을 하고 싶지 않거나 할 수 없는 경우에 대신해 주게 될 귀하가 신임하는 사람이 되겠습니다. 이런 결정은 귀하의 개인적 가치와 소원에 기반을 둔 것이어야 합니다.

본인의 건강관리 요원은 어떤 종류의 결정들을 내릴 수 있습니까?

귀하의 건강관리 요원은 아래와 같은 것을 할 수 있습니다:

- 귀하의 상태에 대해 보건관리 제공자와 대화한다
- 의무기록을 볼 수 있으며 누가 또 볼 수 있는지를 승인한다
- 의료검진, 투약, 수술, 또는 다른 치료를 허락한다
- 임종 직전에 있거나 회복되지 않을 것 같은 경우에 귀하의 생명을 지연할 수 있도록 고안된 치료를 결정한다
- 귀하가 치료를 받을 수 있는 장소와 보건관리 제공자에 관한 옵션을 선택한다
- 장기 기증에 대해 귀하 스스로 결정하지 않았다면 기증에 동의한다
- 상술한 모든 것의 허락을 위해 귀하를 대신해 서명한다

누구를 본인의 건강관리 요원으로 선정해야 합니까?

가족 중 한 사람을 건강관리 요원으로 선정할 수도 있지만, 꼭 그럴 필요는 없습니다. 기억하십시오. 귀하와 가까운 다른 사람들이 다른 결정을 중용하더라도 치료 결정권은 귀하의 건강관리 요원이 가지게 될 것입니다.

아래의 조건을 갖춘 가족 일원이나 친구를 선택하십시오:

- 적어도 18 세 이상이고
- 귀하를 잘 알고 있으며
- 귀하가 필요로 할 때 있어 줄 수 있고
- 귀하를 위해 최선을 선택하고 귀하의 소원을 기꺼이 수행할 것이라고 믿어지고
- 귀하의 보건관리 제공자들과 편하게 이야기할 수 있으며 필요하면 질문도 할 수 있고
- 귀하가 만일 아프게 될지라도 귀하의 소원을 수행하지 못할 정도로 너무 심하게 감정적으로 혼란되지 않는 것이고
- 이런 중대한 역할을 기꺼이 받아들일 수 있는 사람

때가 왔을 때, 귀하가 선택한 첫 번째 사람이 이 역할을 수행할 수 없는 경우를 대비해 귀하는 “보결” 요원을 선정해야만 합니다. 이 첫 두 사람 다 안 될 경우를 생각해서 여러분의 안전을 위해 제 3의 사람을 선정할 수도 있습니다.

건강관리 요원을 선정하지 않으면 어떤 일이 발생하게 됩니까?

만약 귀하가 너무 아파 스스로 의료 의사결정을 내릴 수 없는 상태이고 또한 귀하가 선정한 건강관리 요원의 이름을 기명한 적이 없는 경우라면, 귀하 담당의사는 귀하의 가장 가까운 가족 일원에게 귀하를 대신하여 결정을 내리도록 요구할 것입니다. 이렇게 되는 것이 왜 문제가 될 수 있는지 네 가지 이유를 들 수 있습니다:

- 1) 필요한 그 때에 가능한 가장 가까운 사람이 귀하께서 귀하를 위해 결정을 대신 내려 주길 바라는 사람이 아닐 수도 있습니다.
- 2) 어떤 가족들은 귀하가 원하는대로 결정을 내릴 수 없거나 내리려 하지도 않을 수 있습니다.
- 3) 가족들 간에 최선의 결정을 놓고 의견이 분분할 수 있습니다.
- 4) 가족들이 필요한 결정 모두를 적법하게 내릴 수 있는 것은 아닙니다. *어떤 결정들은 판사에 의해 선정된 다른 어떤 사람에 의해 이루어지거나 또는 귀하가 건강관리 요원을 선정하지 않았다면 간혹 귀하를 전혀 모르는 사람에 의해서 이루어질 수 있습니다.*

이 양식에 기재된 마치고 서명한 후 이 양식을 어떻게 해야 합니까?

1. 귀하의 건강관리 요원과 보결 요원들에게 각각 사본 한 장씩을 주십시오.
2. 귀하의 주치의에게 사본 한 장을 주십시오.
3. 병원 입원 시에 귀하께서 사본 한 장을 소지하십시오.
4. 귀하를 돌보는 가족들과 친구들, 그리고 다른 사람들에게 이것을 보여 주십시오.

***귀하와 두 증인이 함께 이 양식에 서명한 후에 이 양식은 공식 서류가 됩니다.**

만약 내 마음이 변하면 어떻게 하지요?

귀하께서 능력이 있는 한 언제든지 마음을 변경할 수 있습니다. 그렇게 하려면, 새 양식을 작성하고 날짜와 서명을 증인과 함께하시면 됩니다. 그다음 귀하가 옛 양식을 준 모든 사람들에게 새로운 사본을 주는 것을 명심하시기 바랍니다.

이 양식을 꼭 사용해야만 하는 것은 아닙니다. 다른 양식 사용도 가능하며 귀하 스스로 진술서를 작성하실 수도 있습니다. 만약 다른 종류의 양식에 대해 알고 싶으시다면 이 양식을 전해 준 사람이거나, 귀하 주치의, 사회사업가, 친구들 또는 가족들에게 문의하시기 바랍니다.

귀하와 귀하의 건강관리 요원이 고려해야 할 사항들

귀하는 귀하의 건강관리 요원이 알았으면 하는 것들이 무엇입니까?

귀하의 건강관리 요원은 귀하와 가졌던 대화들, 귀하의 성격 그리고 과거에 귀하가 주요 사안들을 어떻게 처리 했는가 등에 대해 숙고해야 할 것입니다. 아래와 같은 사항들에 대해 귀하의 요원 및 가족들과 함께 생각하고 이야기를 나누는 것은 매우 중요합니다:

- 귀하의 인생에서 귀하에게 가장 중요한 것들
- 귀하의 삶의 마지막 며칠 또는 몇 주를 집에서 보내기를 원하는지 아니면 병원에서 보내기 원하는지
- 아픔과 고통을 면하는 것이 귀하에게 얼마나 중요한지
- 더 오래 사는 것이 더 중요한지 아니면 장기 장애나 장기 고통을 피하는 것이 더 중요한지
- 귀하가 어떤 식으로 기억되기를 원하는지
- 귀하의 종교적 신념
- 만약 귀하가 매우 아프거나 죽어간다면 가족들에게 하고 싶은 소원들

귀하의 건강관리 요원이 귀하를 대신해서 좋은 결정을 내리는데 도움을 줄 수 있도록 이와 같은 것들에 대한 귀하의 가장 중요한 생각들을 아래에 적으십시오. 또한 귀하의 건강관리 요원, 보결 요원들, 그리고 가족들과 함께 이런 것들에 대해 대화를 나누셔서 모든 사람들이 귀하의 소원을 이해할 수 있도록 하십시오. 이렇게 함으로 장래에 문제를 피할 수 있게 됩니다.

귀하의 건강관리 요원을 선택하십시오

본인은 아래 사람이 본인의 주 건강관리 요원이 되길 원합니다:

이름(First name)

성 (Last name)

주소(Street address)

도시(City)

주(State)

우편번호(Zip code)

집 전화번호

직장 전화번호

휴대폰 전화번호

보결 건강관리 요원

만일 첫번째 사람이 본인의 요원 임무를 감당할 수 없게 되면, 아래의 사람이 본인의 건강관리 요원이 되길 요청합니다:

이름(First name)

성(Last name)

주소(Street address)

도시(City)

주(State)

우편번호(Zip code)

집 전화번호

직장 전화번호

휴대폰 전화번호

이차 보결 건강관리 요원

만일 첫 두 사람 모두 본인의 요원 임무를 감당할 수 없게 되면, 아래의 사람이 본인의 건강관리 요원이 되길 요청합니다:

이름(First name)

성(Last name)

주소(Street address)

도시(City)

주(State)

우편번호(Zip code)

집 전화번호

직장 전화번호

휴대폰 전화번호

언제부터 본인의 건강관리 요원이 본인을 위해 이런 일들을 할 수 있습니까?

귀하는 당장 지금부터 귀하의 건강관리 요원이 귀하를 대신해 결정을 내리기 시작하길 원하십니까? 아니면 귀하 스스로 결정을 내릴 수 없을 때까지 기다리시기 원하십니까? 아래 중 하나를 선택하여 **X** 표시하십시오:

본인은 본인이 지명한 이 사람이 본인의 건강관리 요원으로 **지금부터 시작해서 본인 스스로 결정을 내릴 수 없을 때도 계속하여** 직무를 수행하기 원합니다. 본인의 결정을 스스로 내릴 수 있을 동안은 본인이 원하면 여전히 스스로 결정을 내릴 수도 있습니다. 본인의 요원은 본인이 원하는 때 언제든지 어떤 방법으로도 본인을 대신 할 수 있습니다.

본인은 본인의 건강관리 요원이 **본인 스스로 결정을 내릴 수 없을 그 순간 이후부터** 본인을 대신해 결정을 내리기 원합니다. 본인을 담당하는 의사들이 언제 본인이 이런 능력을 상실했는지를 결정하게 될 것입니다.

양식에 서명하십시오

이 양식이 공식화되기 위해서, 귀하는 아래와 같이 해야 합니다:

1. 두 명의 증인 앞에서 서명하십시오.
2. 두 명의 증인 모두가 이 양식에 서명하도록 하십시오.

이름에 서명하시고 날짜를 기재하십시오. 귀하의 성함은 주소와 함께 활자체로 써야 합니다.

본인은 이 건강관리 요원 선정 서류와 그것의 목적을 이해하고 있습니다. 이 양식을 작성할 때 본인의 결정을 내렸습니다.

이름 서명 _____ 날짜 _____

이름(활자체로) _____ 성(활자체로) _____

주소(Address) _____ 도시(City) _____ 주(State) _____ 우편번호(Zip code) _____

증인들

귀하의 증인들이 아래 명기된 사항에 동의하도록 하시고 그들이 이름 서명과 날짜를 기재하도록 하십시오. 그들의 성명과 주소 또한 기재되어야 합니다.

- 본인은 18 세 이상이며 이 서류에 서명하는 것을 지켜봤습니다.
- 이 서류에 서명한 사람은 결정할 능력이 있어 보였고 다른 사람의 영향력 아래 있지 않았습니다.
- 본인은 이 서류에 등재된 건강관리 요원이나 보결 요원이 아닙니다.
- 본인은 이 당사자가 현재 또는 과거에 치료를 받은 바 있는 보건관리 제공자나, 건강 장기 치료소 또는 다른 주거 치료소의 소유인 또는 직원이 아닙니다.
- 본인은 이 당사자의 건강 관리를 위한 재정적 책임이 없고 당사자의 생명 보험이나 건강보험 회사 직원이 아닙니다.
- 본인은 이 당사자와 혈연이나 결혼 또는 입양 관계에 있지 않습니다.
- 본인이 알기에는, 이 당사자의 유언장에 본인의 이름이 기록되지 않았습니다. 본인은 이 당사자의 죽음 후에 그 사람의 일을 관장할 사람도 아니고 이 사람의 죽음으로 어떠한 모양으로도 혜택을 누릴 위치에 있지도 않습니다.

증인 #1:

이름 서명		날짜	
이름(활자체로)		성(활자체로)	
주소(Address)	도시(City)	주(State)	우편번호(Zip code)

증인 #2:

이름 서명		날짜	
이름(활자체로)		성(활자체로)	
주소(Address)	도시(City)	주(State)	우편번호(Zip code)

End-of-Life Care 에 관한 몽고메리 카운티 연합에 의해 만들어졌음.
메릴랜드, 버지니아, 콜롬비아 특별구(D.C.) 및 기타 다른 주에 적용 가능함.

5/28/08