

캘리포니아 사전의료의향서

California Advance Health Care Directive

이 양식은 귀하가 스스로 의사결정을 내릴 수 없는 상태에 처한 경우 어떠한 의료적 처치를 받고 싶은지에 대해 본인의 의사를 미리 밝히는 것입니다.

This form lets you have a say about how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

이 양식은 3개 부분으로 나뉘어져 있습니다. This form has 3 parts:



제1부

3페이지에서 의료 결정 대리인(Medical decision maker)을 선택하십시오. Part 1: Choose a medical decision maker, Page 3

의료 의사 결정자는 귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없게 되었을 때 귀하를 대신하여 의료 결정을 내리는 사람입니다.

A medical decision maker is a person who can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

이 자는 귀하의 지지자로 될 것입니다. This person will be your advocate.

그들을 또한 건강 관리 요원, 대리인이라 부릅니다. They are also called a health care agent, proxy, or surrogate.

제2부

7페이지에서 자신의 건강 관리 선택을 하십시오.

Part 2: Make your own health care choices, Page 7

이 양식에서 귀하가 원하시는 건강 관리 유형을 선택할 수 있습니다. 이는 귀하가 자신의 의사를 표현할 수 없을 경우, 귀하가 무엇을 원하는지 돌보는 사람이 추측할 필요가 없게합니다. This form lets you choose the kind of health care you want. This way, those who care for you will not have to guess what you want if you are not able to tell them yourself.

제3부

제3부: 13페이지에서 양식에 서명하십시오.

Part 3: Sign the form, Page 13

양식을 사용하기 전에 반드시 서명해야 합니다.

The form must be signed before it can be used.



제1부, 제2부 또는 둘 다 작성할 수 있습니다. You can fill out Part 1, Part 2, or both.

귀하가 원하는 부분만 작성하십시오. 언제나 제3부분에서 양식에 서명하십시오.

Fill out only the parts you want. Always sign the form in Part 3.

증인 2명은 14페이지에서 서명하고 공증인은 15페이지에서 서명해 주십시오.

2 witnesses need to sign on page 14, or a notary on page 15.

이 법적 양식에서 귀하는 자신의 건강 관리에 대해 의견을 표명할 수 있습니다.

This is a legal form that lets you have a voice in your health care.

이 양식에서 귀하의 가족, 친구와 의료 제공자는 귀하가 스스로의 의견을 피력하지 못할 때 어떻게 보살핌을 받고 싶은지에 대해 알 수 있게 됩니다.

It will let your family, friends, and medical providers know how you want to be cared for if you cannot speak for yourself.

이 양식을 어떻게 해야 할까요? What should I do with this form?

- 이 양식을 가족, 친구와 의료 제공자와 공유해 주십시오.
Please share this form with your family, friends, and medical providers.
- 이 양식의 사본은 보살핌을 받는 모든 장소에 보관하고 귀하의 진료 기록에 남겨 두십시오.
Please make sure copies of this form are placed in your medical record at all the places you get care.

양식에 대해 궁금한 점이 있으면 어떻게 해야 할까요? What if I have questions about the form?

- 궁금한 점이 있거나 답변을 원하지 않을 경우, 본 양식의 일부를 건너뛰어도 됩니다.
It is OK to skip any part of this form if you have questions or do not want to answer.
- 귀하의 주치의, 간호사, 사회복지사, 가족 또는 친구에게 도움을 요청하십시오.
Ask your doctors, nurses, social workers, family, or friends to help.
- 변호사도 도움을 줄 수 있습니다. 이 양식은 법률 자문을 제공하지 않습니다.
Lawyers can help too. This form does not give legal advice.

본 양식에 기재되지 않은 건강 관리를 선택하려면 어떻게 해야 할까요?

What if I want to make health care choices that are not on this form?

- 12페이지에 귀하한테 중요한 사항을 적어놓을 수 있습니다.
On page 12, you can write down anything else that is important to you.

언제 본 양식을 다시 작성해야 할까요?

When should I fill out this form again?

- 건강 관리 선택에 대한 생각이 바뀔 경우
If you change your mind about your health care choices
- 건강 상태가 바뀔 경우 If your health changes
- 의료 의사 결정자가 바뀔 경우 If your medical decision maker changes



귀하의 의사 결정자가 배우자이고 귀하가 이혼한 경우, 배우자는 더 이상 귀하의 의사 결정자가 아닙니다.

If your spouse is your decision maker, and you divorce, that person will no longer be your decision maker.

귀하의 의료 의사 결정자와 의료 제공자에게 새로운 양식을 제공하십시오.

Give the new form to your medical decision maker and medical providers.

기존의 양식은 버리십시오. Destroy old forms.

본 양식과 귀하의 선택을 가족, 친구와 의료 결정자와 공유하십시오.

Share this form and your choices with your family, friends, and medical providers.

제1부

귀하의 의료 의사 결정자를 선택하십시오

Part 1: Choose your medical decision maker

의료 의사 결정자는 귀하가 스스로 건강 관리 결정을 내리지 못할 경우, 귀하를 위해 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 자입니다.

Your medical decision maker can make health care decisions for you if you are not able to make them yourself.

뛰어난 의료 의사 결정자는 다음에 해당되는 가족 구성원이거나 친구를 말합니다.

A good medical decision maker is a family member or friend who:

- 18세 이상 is 18 years of age or older
- 귀하의 의사에 대해 이야기를 나눌 수 있는 자 can talk to you about your wishes
- 귀하가 필요할 때 곁에 있어줄 수 있는 자 can be there for you when you need them
- 귀하의 의사를 따라주고 귀하에게 가장 좋은 것을 해줄 수 있다고 믿고 있는 자 you trust to follow your wishes and do what is best for you
- 귀하의 의료 정보를 잘 알고 있다고 믿고 있는 자 you trust to know your medical information
- 의사에게 질문하고 귀하의 의사를 당당하게 말하는데에 거리낌이 없는 자 is not afraid to ask doctors questions and speak up about your wishes



법적으로 의료 의사 결정자는 주치의거나 병원 또는 진료소에서 일하고 있는 자가 될 수 없습니다. 단, 가족 구성원은 제외입니다.

Legally, your decision maker cannot be your doctor or someone who works at your hospital or clinic, unless they are a family member.

의료 의사 결정자를 선택하지 않을 경우, 어떻게 될까요? What will happen if I do not choose a medical decision maker?

귀하 스스로 결정을 내릴 수 없을 경우, 주치의는 가족과 친구 또는 판사에게 의탁하여 귀하를 위해 결정을 내려줄 것입니다. 이 자는 귀하가 원하는 것을 모를 수도 있습니다.

If you are not able to make your own decisions, your doctors will turn to family and friends or a judge to make decisions for you. This person may not know what you want.

귀하가 결정을 내릴 수 없으면 의료 의사 결정자가 귀하를 위해 다음 선택을 해줄 수 있습니다. If you are not able, your medical decision maker can choose these things for you:

- 의사, 간호사, 사회복지사, 간병인 doctors, nurses, social workers, caregivers
- 병원, 진료소, 양로원 hospitals, clinics, nursing homes
- 약품, 검사 또는 치료 medications, tests, or treatments
- 귀하의 의료 정보를 봐줄 수 있는 자 who can look at your medical information
- 귀하가 사망한 뒤 귀하의 신체와 장기는 어떻게 처리해야 하는지 what happens to your body and organs after you die



의료 의사 결정자가 내려야 하는 결정이 더 있습니다.

Here are more decisions your medical decision maker can make:

생명 유지 또는 의학적 치료의 시작 또는 중지, 예를 들면: Start or stop life support or medical treatments, such as:



- **CRR 또는 심폐소생술** CPR or cardiopulmonary resuscitation

심근강화운동 = 심장 • 폐 = 폐 • 소생 = 회복하기
 cardio = heart • pulmonary = lungs • resuscitation = try to bring back

다음이 수반됩니다. This may involve:

- 혈액 순환을 위해 가슴을 세게 누름
pressing hard on your chest to try to keep your blood pumping
- 심장을 다시 뛰게 하기 위해 전기 충격을 가함 electrical shocks to try to jump start your heart
- 정맥 내의 약물 medicines in your veins



- **호흡 장치 또는 산소호흡기** Breathing machine or ventilator

기계가 공기를 폐에 불어넣어 호흡을 대신해줍니다. 기계를 사용하는 동안은 말을 할 수가 없습니다.

The machine pumps air into your lungs and tries to breathe for you. You are not able to talk when you are on the machine.

- **투석** Dialysis

신장이 기능을 멈출 때 혈액을 맑게 해주는 장치입니다.

A machine that tries to clean your blood if your kidneys stop working.



- **급식튜브** Feeding Tube

음식을 삼킬 수 없을 때 먹여주는 데 사용되는 튜브입니다. 이 튜브는 코를 통해 목을 지나 위에 넣어집니다. 또한 수술을 통해 위에 넣어질 수도 있습니다.

A tube used to try to feed you if you cannot swallow. The tube can be placed through your nose down into your throat and stomach. It can also be placed by surgery into your stomach.

- **수혈 및 액체 주입** Blood and water transfusions (IV)

혈액과 액체(링거)를 주입합니다. To put blood and water into your body.

- **수술** Surgery

- **의약품** Medicines



임종이 가까워졌을 때 의료 의사 결정자는 다음과 같은 결정을 할 수 있습니다.

End of life decisions your medical decision maker can make:

- 종교적이거나 정신적 지도자를 청함
call in a religious or spiritual leader
- 부검 또는 장기 기증에 대한 결정을 내림
decide about autopsy or organ donation
- 집에서 또는 병원에서 임종할지 결정을 내림
decide if you die at home or in the hospital
- 매장 또는 화장 여부에 대한 결정을 내림
decide about burial or cremation

이 양식에 서명함으로써 귀하의 의료 의사 결정자는 다음을 할 수 있게 됩니다.

By signing this form, you allow your medical decision maker to:

- 귀하가 스스로의 의견을 피력하지 못할 때 생명 유지 또는 의학적 치료를 거절하거나 철회하는 데 동의함
agree to, refuse, or withdraw any life support or medical treatment if you are not able to speak for yourself
- 귀하가 사망한 다음 신체를 어떻게 처리해야 할지 결정함. 예: 장례 예약과 장기 기증
decide what happens to your body after you die, such as funeral plans and organ donation

그들이 결정하지 않았으면 하는 것들이 있으면 여기에 적으십시오.

If there are decisions you do not want them to make, write them here:

언제 의료 의사 결정자가 나를 위하여 결정을 내릴 수 있을까요?

When can my medical decision maker make decisions for me?

 나 스스로 결정을 내릴 수 없게 되었을 때에만 ONLY after I am not able to make my own decisions 이제 내가 이 양식에 서명한 다음 NOW, right after I sign this form

원하신다면 왜 이러한 결정을 내렸는지 적어두실 수 있습니다. If you want, you can write why you feel this way.

귀하의 의료 의사 결정자 이름을 적어 두십시오. Write the name of your medical decision maker.

나 스스로 결정을 내릴 수 없을 경우, 이 자가 나를 위해 의학적 결정을 내리기를 바랍니다.

I want this person to make my medical decisions if I am not able to make my own:

이름 first name

성 last name

전화번호 #1 phone #1

전화번호 #2 phone #2

관계 relationship

주소 address

도시 city

주 state

우편번호 zip code

첫 번째 사람이 할 수 없을 경우, 나는 이 자가 나를 위해 의학적 결정을 내리기를 바랍니다.

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions:

이름 first name

성 last name

전화번호 #1 phone #1

전화번호 #2 phone #2

관계 relationship

주소 address

도시 city

주 state

우편번호 zip code

귀하는 무엇 때문에 의료 의사 결정자를 선택하였습니까? Why did you choose your medical decision maker?

원하신다면, 왜 #1와 #2 의사 결정자를 선택하였는지 적어둘 수 있습니다.

If you want, you can write why you chose your #1 and #2 decision makers.

귀하를 위한 의료결정을 내리는 데 도움이 되는 것을 원하지 않는 자들의 이름을 적어둘 수도 있습니다. Write down anyone you would NOT want to help make medical decisions for you.

귀하가 스스로의 의견을 피력하지 못할 때 의료 의사 결정자가 얼마나 신중하게 귀하의 의사를 따르기를 바랍니다까?

How strictly do you want your medical decision maker to follow your wishes if you are not able to speak for yourself?

만약, 주치의가 어느 시점에 있어서 귀하한테 더 나은 상황이 있다고 생각할 경우, 귀하의 의사 결정자는 유연하게 귀하가 내린 이전 결정을 바꿀 수 있습니다.

Flexibility allows your decision maker to change your prior decisions if doctors think something else is better for you at that time.

이전 결정은 귀하가 적어놓았거나 의료 의사 결정자와 나눈 대화에서 밝힌 귀하의 의사입니다.

본 양식의 제2부에서 귀하의 소망을 적어 놓을 수 있습니다.

Prior decisions may be wishes you wrote down or talked about with your medical decision maker. You can write your wishes in Part 2 of the form.

귀하가 가장 동의하는 하나의 문장 옆에 X를 입력하십시오. Put an X next to the one sentence you most agree with.

총체적 유연성: 만약, 주치의가 어느 시점에 있어서 나한테 더 나은 상황이 있다고 생각할 경우, 나의 의사 결정자가 나의 의학적 결정 중 어느 것이라도 바꾸어도 괜찮습니다.

Total Flexibility: It is OK for my decision maker to change any of my medical decisions if my doctors think it is best for me at that time.

부분적 유연성: 만약, 주치의가 가장 좋다고 생각할 경우, 나의 의사 결정자가 나의 의학적 결정 중 일부를 바꾸어도 괜찮습니다. 하지만, 이러한 소망은 절대로 바꿀 수 없습니다.

Some Flexibility: It is OK for my decision maker to change some of my decisions if the doctors think it is best. But, these wishes I NEVER want changed:

무유연성: 나의 의사 결정자가 나의 의학적 소망을 올바르게 따를 것을 바랍니다. 주치의가 추천한 경우에도 나의 결정을 바꾸는 데 동의하지 않습니다.

No Flexibility: I want my decision maker to follow my medical wishes exactly. It is NOT OK to change my decisions, even if the doctors recommend it.

원하신다면 왜 이렇게 생각하셨는지 적어놓으셔도 됩니다. If you want, you can write why you feel this way.

**귀하의 의사를 가족, 친구와 의료 제공자와 공유해 주십시오.
7페이지의 제2부에서 자신의 건강 관리 선택을 하십시오.
서명한 다음 13페이지에서 본 양식에 서명해야 합니다.**

Please share your wishes with your family, friends, and medical providers. To make your own health care choices, go to Part 2 on Page 7. If you are done, you must sign this form on Page 13.

제2부

자신의 건강 관리 선택을 하십시오

Make your own health care choices

귀하가 원하는 질문에만 답변해 주십시오. Fill out only the questions you want.

의료 결정을 어떻게 내리시기를 원하십니까? How do you prefer to make medical decisions?

어떤 사람들은 자신이 직접 의학적 결정을 내리기를 선호합니다. 어떤 사람들은 결정을 내리기 전에 다른 사람이(가족, 친구와 의료 제공자) 조언해 주는 것을 선호합니다. 또 어떤 사람들은 다른 사람들이 그들을 위해 결정을 내리기를 선호합니다. Some people prefer to make their own medical decisions. Some people prefer input from others (family, friends, and medical providers) before they make a decision. And, some people prefer other people make decisions for them.

다음 사항에 유의해 주십시오. 의료 제공자들은 귀하를 위해 결정을 내릴 수 없습니다. 그들은 의사 결정에 도움이 되는 정보만 제공할 수 있습니다.

Please note: Medical providers cannot make decisions for you. They can only give information to help with decision making.

의료 결정을 어떻게 내리시기를 원하십니까? How do you prefer to make medical decisions?

- 나는 다른 이들의 조언이 없이 스스로 의학적 결정을 내리기를 선호합니다. I prefer to make medical decisions on my own without input from others.
- 나는 다른 이들의 조언을 받은 다음에만 의학적 결정을 내리기를 선호합니다. I prefer to make medical decisions only after input from others.
- 나는 다른 이들이 나를 위해 의학적 결정을 내리기를 선호합니다. I prefer to have other people make medical decisions for me.

원하신다면 왜 이렇게 생각했는지, 그리고 누구에게서 조언을 받고 싶은지 적어놓으셔도 됩니다.

If you want, you can write why you feel this way, and who you want input from.

나의 삶에서 가장 중요한 문제는 무엇입니까? 각 사람에 따라 삶이 질이 다릅니다.

What matters most in life? Quality of life differs for each person.

귀하의 삶에서 가장 중요한 문제는 무엇입니까? What is most important in your life?

원하는 만큼 체크해 주세요.

Check as many as you want.

- 귀하의 가족 또는 친구 Your family or friends _____
- 귀하의 애완동물 Your pets _____
- 정원 가꾸기, 하이킹과 요리와 같은 취미 Hobbies, such as gardening, hiking, and cooking
귀하의 취미 Your hobbies _____
- 일 아니면 자원봉사 Working or volunteering _____
- 스스로 자신을 돌보고 독립하기 Caring for yourself and being independent
- 가족에게 부담을 주지 않기 Not being a burden on your family
- 종교 또는 영성 귀하의 종교 Religion or spirituality: Your religion _____
- 기타 Something else _____

무엇이 귀하의 삶에 기쁨을 가져다 줍니까? 삶에서 가장 기대하고 있는 것은 무엇입니까?

What brings your life joy? What are you most looking forward to in life?

귀하의 건강 관리에서 가장 중요한 문제는 무엇입니까? 각 사람에 따라 다릅니다.

What matters most for your medical care? This differs for each person.

어떤 사람에게는 다음과 같은 일이 있더라도 가능한 오래 살고 싶은 것이 주된 목적입니다.

For some people, the main goal is to be kept alive as long as possible even if:

- 그들은 기계에 의하여 생존하고 고통을 받고 있음 They have to be kept alive on machines and are suffering
- 그들은 너무 아파서 가족과 친구들과 대화할 수 없음 They are too sick to talk to their family and friends

기타 사람에게는 삶의 질을 따지고 편안하게 사는 것이 주된 목적입니다.

For other people, the main goal is to focus on quality of the life and being comfortable.

- 그들은 기계에 의존하여 생존하는 것이 아니라 자연사를 선호함. These people would prefer a natural death, and not be kept alive on machines

기타 사람들의 주된 목적은 둘 사이에 있습니다. 귀하에게 중요한 것은 무엇입니까?

Other people are somewhere in between. What is important to you?

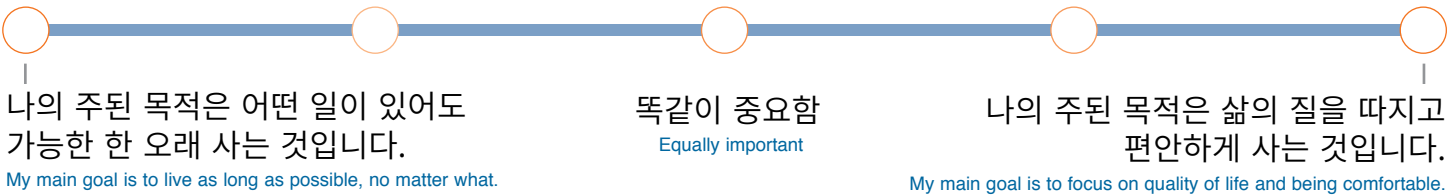
귀하의 현재의 건강에 대해 귀하의 목적은 생애 마지막 때보다 다를 수 있습니다.

Your goals may differ today in your current health than at the end of life.

오늘, 귀하의 현재 건강 상태 TODAY, IN YOUR CURRENT HEALTH

이 라인에 X를 입력해 현재 건강 상태에서 오늘 어떤 느낌을 느끼는지 보여주십시오.

Put an X along this line to show how you feel today, in your current health.

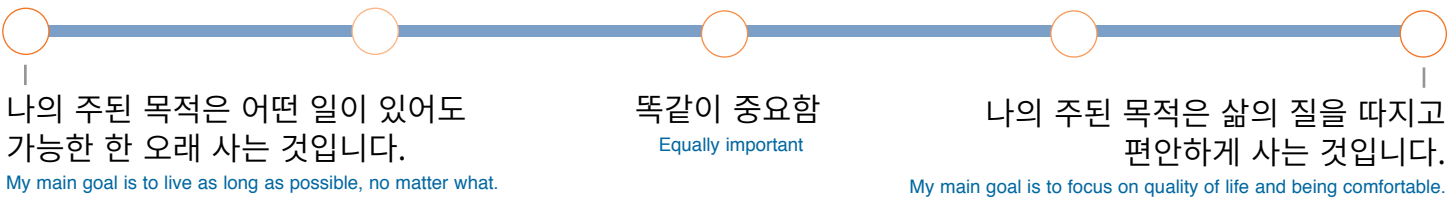


원할 경우, 왜 이렇게 느꼈는지 적어둘 수 있습니다. If you want, you can write why you feel this way.

생을 마감할 때 AT THE END OF LIFE

이 라인에 X를 입력해 귀하가 너무 아파서 곧 죽을 것 같다는 느낌을 보여주십시오.

Put an X along this line to show how you would feel if you were so sick that you may die soon.



원할 경우, 왜 이렇게 느꼈는지 적어둘 수 있습니다. If you want, you can write why you feel this way.

생을 마감할 때 각 사람에 따라 삶이 질이 다릅니다. 귀하에게 가장 중요한 일은 무엇입니까?

Quality of life differs for each person at the end of life. What would be most important to you?

생을 마감할 때 AT THE END OF LIFE:

어떤 사람들은 더 오래 살 수 있는 기회를 얻기 위해 기꺼이 여러가지 시도를 해보고 싶어합니다.

Some people are willing to live through a lot for a chance of living longer.

다른 이들은 삶의 질에 있어 어떤 일들이 매우 어렵다는 것을 알고 있습니다.

Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

- 이러한 일들로 인해 그들은 가능한 한 오래 사는 것보다 편안함에 집중하려 합니다.
Those things may make them want to focus on comfort rather than trying to live as long as possible.

생을 마감할 때, 아래의 것 중 어느 것이 삶의 질에 무거운 짐을 가져다 줍니까? 원하는 만큼 체크해 주세요.

At the end of life, which of these things would be very hard on your quality of life? Check as many as you want.

- 혼수상태여서 깨어날 수 없거나 친지들과 이야기를 나눌 수 없음
Being in a coma and not able to wake up or talk to my family and friends
- 기계에 의존하지 않고 살 수 없음 Not being able to live without being hooked up to machines
- 심각한 치매와 같이 스스로 생각할 수 없음 Not being able to think for myself, such as severe dementia
- 스스로 먹을 수 없고, 목욕할 수 없거나 자신을 돌볼 수 없음 Not being able to feed, bathe, or take care of myself
- 양로원에 있는 것처럼 혼자 살 수 없음 Not being able to live on my own, such as in a nursing home
- 지속적이고 심각한 고통 또는 불편 Having constant, severe pain or discomfort
- 기타 Something else _____
- 또는, 나는 더 오래 살 수 있는 기회를 얻기 위해 이러한 시도들을 기꺼이 겪어낼 것입니다.
OR, I am willing to live through all of these things for a chance of living longer.

원할 경우, 이러한 느낌을 받는 원인을 적어둘 수 있습니다. If you want, you can write why you feel this way.

심각한 질병이거나 너무 아프거나 곧 생을 마감하는 귀하와 가까운 이와 어떠한 경험을 겪어 보았습니까?

What experiences have you had with serious illness or with someone close to you who was very sick or dying?

- 원할 경우, 잘된 것과 못된 것 그리고 그 원인을 적어 놓을 수 있습니다.
If you want, you can write down what went well or did not go well, and why.

귀하가 생을 마감하고 있을 경우, 어디에 있고 싶습니까? If you were dying, where would you want to be?

- 집 at home
- 병원 in the hospital
- 어느 하나 either
- 잘 모르겠음 I am not sure

음식, 음악, 애완동물 또는 주변의 사람들, 또 무엇이 중요합니까?

What else would be important, such as food, music, pets, or people you want around you?

귀하는 건강 관리와 삶의 질을 어떻게 조화시킵니까? How do you balance quality of life with medical care?

때로는 질병과 사람이 오래 사는 것을 돕기 위해 사용되는 치료법이 통증, 부작용과 스스로 돌볼 수 없는 무능력을 야기시킵니다.

Sometimes illness and the treatments used to try to help people live longer can cause pain, side effects, and the inability to care for yourself.

선택을 하기 전에 전체 페이지를 읽어보십시오.

Please read this whole page before making a choice.

생의 마지막 때에, 어떤 사람들은 더 오래 살 수 있는 기회를 얻기 위해 많은 것을 시도하고 싶어합니다. 기타 사람들은 특정한 일들이 삶의 질에 무거운 짐을 가져다 줄 것이라 알고 있습니다.

AT THE END OF LIFE, some people are willing to live through a lot for a chance of living longer. Other people know that certain things would be very hard on their quality of life.

생명 유지 치료법은 CRR, 호흡장치, 급식튜브, 투석 또는 수혈이 될 수도 있습니다.

Life support treatment can be CPR, a breathing machine, feeding tubes, dialysis, or transfusions.

귀하가 가장 동의하는 하나의 선택을 체크하십시오.

Check the one choice you most agree with.



귀하가 많이 아파서 곧 생을 마감할 경우, 무엇을 하시겠습니까?

If you were so sick that you may die soon, what would you prefer?

- 주치의가 도움을 줄 수 있을 거라 생각하는 모든 생명 유지 치료법을 시도합니다. 더 나아지거나 내가 소중하게 여기는 삶을 살 희망이 거의 없더라도 생명 유지 치료를 계속하고 싶습니다. Try all life support treatments that my doctors think might help. I want to stay on life support treatments even if there is little hope of getting better or living a life I value.
- 주치의가 가장 도움을 줄 수 있을거라 생각하는 생명 유지 치료법을 시험해 보십시오. 그러나, 치료법이 효과적이지 않고, 더 나아지거나 내가 소중히 여기는 삶을 살 희망이 적다면, 생명 유지 치료를 계속 하고 싶지 않습니다. Do a trial of life support treatments that my doctors think might help. But, I DO NOT want to stay on life support treatments if the treatments do not work and there is little hope of getting better or living a life I value.
- 생명 유지 치료를 원하지 않고 편안함에 집중하고 싶습니다. 저는 자연사를 선호합니다. I do not want life support treatments, and I want to focus on being comfortable. I prefer to have a natural death.

의료 제공자와 의사 결정자가 이 선택에 대해 알아야 할 또 다른 사항은 무엇입니까? 또는 이 옵션을 선택한 이유는 무엇입니까? What else should your medical providers and decision maker know about this choice? Or, why did you choose this option?

Blank lines for writing additional information.

의사 결정자는 귀하가 사망한 다음 장기 기증과 부검에 대한 질문을 받을 수도 있습니다. 귀하의 의사를 알려주십시오.

Your decision maker may be asked about organ donation and autopsy after you die. Please tell us your wishes.

장기 기증 ORGAN DONATION

어떤 사람들은 장기나 신체부위를 기증하기로 결정을 내립니다. 귀하는 무엇을 선호하십니까?

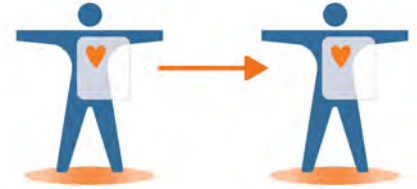
Some people decide to donate their organs or body parts. What do you prefer?

- 나는 나의 장기거나 신체 부위를 기증하려 합니다.
I want to donate my organs or body parts.

기증하려는 장기와 신체 부위는 어느 것입니까?

Which organ or body part do you want to donate?

- 일부 장기 또는 신체 부위 Any organ or body part
- 오직 Only _____



- 나는 나의 장기나 신체 부위를 기증하기를 원하지 않습니다. I do not want to donate my organs or body parts.

의료 제공자와 의료 의사 결정자가 귀하의 장기 또는 신체 부위 기증에 대해 알아야 할 또 다른 사항은 무엇입니까? What else should your medical providers and medical decision maker know about donating your organs or body parts?

부검 AUTOPSY

생을 마감한 다음 부검을 실시하여 사망한 이유를 밝힙니다. 수술로 진행합니다.

며칠이 걸립니다. An autopsy can be done after death to find out why someone died. It is done by surgery. It can take a few days.

- 부검을 원합니다. I want an autopsy.
- 부검을 원하지 않습니다. I do not want an autopsy.
- 나의 사망에 대해 의문이 있을 경우에만 부검을 원합니다. I only want an autopsy if there are questions about my death.



장례식 또는 매장 소원 FUNERAL OR BURIAL WISHES

귀하가 사망한 다음 신체를 어떻게 처리해야 하는지, 장례식 또는 매장 소원은 무엇인지에 대해 의료 제공자와 의료 의사 결정자가 알아야 할 사항은 무엇입니까?

What should your medical providers and decision maker know about how you want your body to be treated after you die, and your funeral or burial wishes?

- 종교 또는 영적 소원이 있습니까? Do you have religious or spiritual wishes?
- 장례식 또는 매장 소원이 있습니까? Do you have funeral or burial wishes?

제3부

양식에 서명 Part 3: Sign the form



본 양식을 사용하기에 앞서 반드시 다음을 해야 합니다. Before this form can be used, you must:

- 18세 이상이어야 본 양식에 서명할 수 있음 sign this form if you are 18 years of age or older
- 증인 2명 또는 공증인이 양식에 서명해야 함 have two witnesses or a notary sign the form

서명해 주시고 날짜를 적으십시오. Sign your name and write the date.

서명 sign your name

오늘 날짜 today's date

이름 print your first name

성 print your last name

출생년월일 date of birth

주소 address

도시 city

주 state

우편번호
zip code

증인 또는 공증인 Witnesses or Notary

본 양식을 사용하기에 앞서 반드시 증인 2명 또는 공증인 1명이 양식에 서명해야 합니다.
공증인의 책임은 귀하가 양식에 서명한 것이 맞는지 확인하는 것입니다.

Before this form can be used, you must have 2 witnesses or a notary sign the form. The job of a notary is to make sure it is you signing the form.

증인은 반드시 다음에 부합되어야 합니다. Your witnesses must:

- 18세 이상 be 18 years of age or older
- 귀하와 알고 지내는 사이 know you
- 귀하가 본 양식에 서명한 것에 동의함 agree that it was you that signed this form

증인은 다음을 할 수 없습니다. Your witnesses cannot:

- 귀하의 의료 의사 결정자가 되기 be your medical decision maker
- 귀하의 의료인이 되기 be your health care provider
- 귀하의 의료인을 위해 일하기 work for your health care provider
- 귀하가 살고 있는 지역에서 일하기(양로원에서 살 경우, 15페이지에서 확인하세요)
work at the place that you live (if you live in a nursing home go to page 15)



또한, 1명의 증인은 다음을 할 수 없습니다. Also, one witness cannot:

- 어떠한 방식이더라도 귀하와 관계가 있음 be related to you in any way
- 귀하가 사망한 다음 경제적인(돈 또는 재산을 얻기) 혜택을 얻음 benefit financially (get any money or property) after you die

증인은 14페이지에서 서명해야 합니다. 증인이 없을 경우, 공증인이 15페이지에서 서명해야 합니다. Witnesses need to sign their names on Page 14. If you do not have witnesses, a notary must sign on page 15.

증인들이 서명하고 날짜를 적게 하십시오. Have your witnesses sign their names and write the date.

서명함으로써, 나는 _____ 가 본 양식에 서명했음을 약속드립니다.
[13페이지에 지명되어 있는 자] By signing, I promise that (the person named on Page 13) signed this form.

그들은 또렷한 생각을 가졌고 강제적으로 서명한 것은 아닙니다. They were thinking clearly and were not forced to sign it.

또한 나는 다음을 약속드립니다. I also promise that:

- 내가 이자를 알고 있거나 그들이 누구인지 스스로 증명함 I know this person or they can prove who they are
- 나는 18세 이상임 I am 18 years of age or older
- 나는 그들의 의료 의사 결정자가 아님 I am not their medical decision maker
- 나는 그들의 의료인이 아님 I am not their health care provider
- 나는 그들의 의료인을 위해 일하지 않음 I do not work for their health care provider
- 나는 그들이 사는 지역에서 일하지 않음 I do not work where they live



1명의 증인은 또한 다음을 약속해야 합니다. One witness must also promise that:

- 나는 그들과 혈연, 결혼 또는 입양 관계가 아님 I am not related to them by blood, marriage, or adoption
- 나는 그들이 사망한 다음 경제적(돈 또는 재산을 얻기) 혜택을 얻지 않음
I will not benefit financially (get any money or property) after they die

증인 #1 Witness #1

서명 sign your name

오늘 날짜 date

정자체 이름 print your first name

정자체 성 print your last name

주소 address

도시 city

주 state

우편번호
zip code

증인 #2 Witness #2

서명 sign your name

오늘 날짜 date

이름 print your first name

성 print your last name

주소 address

도시 city

주 state

우편번호
zip code

이제 이 양식을 완료하였습니다. You are now done with this form.

본 양식을 가족, 친구와 의료 제공자와 공유하십시오. 그들과 귀하의 의학적 소망에 대해 이야기를 나누어 보십시오. 더 자세한 내용은 www.prepareforyourcare.org을 방문해 주세요. Share this form with your family, friends, and medical providers. Talk with them about your medical wishes. To learn more go to www.prepareforyourcare.org



공증인:증인 2명이 본 양식에 서명하지 않았을 경우에만 본 양식을 공증인에게 전달하십시오. 신분증 가져오기 (운전면허증, 여권 등.)

Notary Public: Take this form to a notary public ONLY if two witnesses have not signed this form. Bring photo I.D. (driver's license, passport, etc.).

CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC 캘리포니아 공증인 인정 증명서

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.

State of California County of _____

On _____ before me, _____, personally
Date Here insert name and title of the officer
appeared _____
Names(s) of Signer(s)

who proved to me 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 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 _____
Signature of Notary Public

Description of Attached Document

Title or type of document: _____

Date: _____ Number of pages: _____

Capacity(ies) Claimed by Signer(s)

Signer's Name: _____

- Individual
 Guardian or conservator
 Other _____

(Notary Seal)

캘리포니아 양로원 거주인 전용 For California Nursing Home Residents ONLY

양로원에 거주할 경우에만 양로원 원장에게 본 양식을 제공하십시오. 캘리포니아 법은 양로원 거주인들이 양로원 옴부즈맨을 사전의료의향서의 증인으로 세우도록 규정합니다. Give this form to your nursing home director ONLY if you live in a nursing home. California law requires nursing home residents to have the nursing home ombudsman as a witness of advance directives.

환자 대변인 또는 옴부즈맨의 진술 Statement of the patient advocate or ombudsman

* 본인은 캘리포니아 주법에 의거한 위증죄 처벌을 감수하고 고령화 국무부 (State Department of Aging)에서 지정한 환자 대변인 또는 옴부즈맨이며 유언법 섹션 4675에 따라 증인으로 봉사하고 있음을 선언합니다.* "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."

서명 sign your name

오늘 날짜 date

이름 print your first name

성 print your last name

주소 address

도시 city

주 state

우편번호

zip code