



English – Spanish - Korean

# **GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE**

## **조지아주 사전 의료 지시서**

## 사전 의료 지시서: “귀하의 자기결정권”

조지아주에서, 스스로 결정할 수 있는 성인은 자신이 원하는 유형의 의료 서비스를 선택할 수 있는 권리가 있습니다. 이는 귀하가 치료를 받을지 여부를 결정하거나, 원한다면 치료를 중단하기로 결정할 수 있음을 의미합니다. 또한, 만약 본인의 의료 결정을 스스로 내릴 수 없는 상황이 발생한다면, 귀하는 신뢰하는 누군가가 귀하를 대신해서 의료 결정을 내리도록 지정할 수 있습니다.

귀하가 받는 의료 서비스에 대한 주도권을 가지는 최선의 방법은 귀하가 질병에 걸리거나 아프게 되어 자신의 생각을 직접 말할 수 없게 되기 전에 「조지아주 사전 의료 지시서」라는 양식을 작성하는 것입니다.

### 사전 의료 지시서란?

사전 의료 지시서는 귀하가 원하는 유형의 의료 서비스가 무엇인지 귀하가 기록해 두는 문서입니다. 귀하가 말을 할 수 없거나 결정을 내릴 수 없는 상황이 발생한다면 이 문서를 통해서 귀하가 원하는 것이 무엇인지 의사와 가족들이 알 수 있습니다. 귀하가 만약 할 수 없다면, 귀하가 신뢰하는 누군가가 귀하를 위해서 결정을 내리도록 선택할 수 있습니다. 귀하가 질병에 걸리거나 아프기 전에 이 양식을 작성함으로써 다른 사람들이 어찌해야 할지를 아는 데 도움을 줍니다. 이 양식은 의료에 대한 더 많은 주도권을 귀하에게 부여합니다.

### 사전 의료 지시서의 부재 시에는?

사전 의료 지시서가 없는 경우에도 의사는 여전히 귀하를 돌보아 줄 것입니다. 귀하가 명확하게 말하고 생각할 수 있는 동안에는 자신의 의료에 대한 결정을 내릴 수 있습니다. 만약 귀하가 결정을 내릴 수 없고 사전 의료 지시서를 작성해 두지 않은 경우, 조지아주 법은 가장 가까운 가족이 귀하를 대신해서 결정을 내릴 수 있도록 허용합니다.

### 조지아주 사전 의료 지시서란 무엇이며 어떻게 작성하는가?

조지아주에서 귀하가 아래 사항을 행하도록 사용되는 양식입니다.

- 귀하를 대신해서 의료 결정을 내릴 사람을 지정하기
- 어떤 유형의 치료를 받기 원하는지 또는 받지 않기를 원하는지 명시하기
- 귀하가 도움이 필요하다고 법정에서 결정하는 경우, 귀하를 돌볼 사람을 지정하기
- 법적 효력이 발생하도록 서명하기

# 사전 의료 지시서: “귀하의 자기결정권”

이 양식을 작성하는 데 변호사가 필요한 것은 아니지만 귀하의 서명을 참관하는 두 명의 성인이 있어야 합니다. 이 두 명의 성인은 귀하의 담당 의사도, 귀하의 의료 대리인이나 귀하가 사망한 후 금전 또는 물품 이익을 얻는 사람일 수 없습니다.

이 양식은 4부분으로 나뉘어 있습니다. 각 부에서, 귀하가 자신의 의향을 표현할 수 없는 경우에 귀하가 원하는 바가 무엇인지 설명할 수 있습니다.

## 제1부: 의료 결정을 도울 수 있는 사람 지정

귀하가 신뢰하는 성인을 의료 대리인으로 지정할 수 있습니다. 지정된 의료 대리인은 귀하가 결정을 내릴 수 없을 때 귀하를 대신해서 의료 결정을 내립니다.

### 누가 의료 대리인이 될 수 있는가?

귀하를 잘 알고 귀하가 원하는 바를 이해하는 성인 누구라도 지정할 수 있습니다. 귀하의 뜻을 따라 줄 믿을 수 있는 사람을 선택하십시오.

담당 의사 또는 다른 의료 제공자는 귀하의 대리인이 될 수 없습니다.

### 의료 대리인이 할 수 있는 역할은 무엇인가?

의료 대리인은 귀하가 결정을 내릴 수 없을 때 귀하를 대변하며 의료 결정을 내릴 수 있습니다. 또한, 사망 후 장기 기증이나 부검에 대한 결정을 의료 대리인에게 맡길 수 있습니다.

### 의료 대리인이 내릴 수 없는 결정은 무엇인가?

의료 대리인은 다음 사항에 대한 결정을 내릴 수 없습니다.

- 정신질환 관련 뇌 수술(즉, 정신외과)
- 불임법(귀하가 아이를 가질 수 없게 만드는 것)
- 정신질환 또는 약물/알코올 문제로 인한 입원

또한, 여전히 담당 의사가 통증 완화나 최적의 편안을 위해 귀하에게 투약할 수 있으며, 대리인이 이에 동의해야 하는 것은 아닙니다.

# 사전 의료 지시서: “귀하의 자기결정권”

## 제2부: 의료 치료에 대한 의향

이 부분에서는 귀하가 매우 아프거나 혼수 상태에 빠져 깨어날 수 없을 경우, 어떤 유형의 치료를 원하는지 명시합니다.

다음 중 선택할 수 있습니다.

- 기계 및 약물을 사용해서 최대한 오랫동안 나의 생존을 유지하십시오.
- 기계 사용 없이, 최적의 편안만 제공받으며 내가 자연적으로 사망하도록 하십시오.
- 귀하가 받기를 원하거나 원하지 않는 일부 치료(예: 영양관, CPR 또는 인공호흡기)를 지정하십시오.

### 말기 상태 및 영구 무의식 상태란 무엇인가?

- 말기 상태란 질병이나 부상이 치료 불가능하며, 치료를 받는다 하더라도 곧 사망을 초래할 수 있습니다.
- 영구 무의식 상태란 혼수 상태이거나 무반응이며, 의사가 판단하기에 깨어날 가능성이 없습니다.

### 원하지 않는 치료를 명시할 수 있는가?

네. 귀하는 아래와 같은 예로 원하지 않는 치료를 명시할 수 있습니다.

- 감염 치료를 위한 항생제
- 수술 또는 사지 절단
- 수혈
- 신장 투석

### 모든 치료를 받기 원함을 명시할 수 있는가?

네. 일부 사람들은 의사가 할 수 있는 모든 방법을 시도하여 생존을 유지하기를 원합니다. 귀하가 이를 원하는 경우 그렇다고 명시할 있습니다.

## 제3부: 후견인 지정

스스로를 돌볼 수 없는 경우, 법원이 귀하를 돌볼 사람을 지정할 수 있습니다. 귀하가 원하는 사람이 누구인지 이 부분에서 지명할 수 있습니다.

귀하의 의료 대리인과 동일한 사람 또는 다른 누군가를 지정할 수 있습니다.

# 사전 의료 지시서: “귀하의 자기결정권”

## 제4부: 발효 시점

다른 날짜를 선택하지 않는 한, 서명하는 시점부터 이 양식은 효력이 발생합니다. 취소하거나 변경하지 않는 한, 이 양식은 일생 동안 유효합니다.

언제든지 마음을 바꿀 수 있으며, 또한

- 대리인을 새로 지정할 수 있습니다
- 치료 선택을 변경할 수 있습니다
- 양식 전체를 취소할 수 있습니다

### 의사가 나의 사전 의료 지시서를 항상 따르는가?

대부분 그렇습니다(귀하의 양식이 조지아 법에 따라 올바로 작성되었다는 가정 하에).

담당 의사 또는 병원이 귀하의 의향을 따를 수 없거나 따르지 않을 경우, 반드시 귀하 또는 귀하의 대리인에게 알려야 합니다. 해당 의사나 병원은 귀하의 뜻을 따를 다른 의사나 병원으로 귀하를 전원시키는 데 도움을 주어야 합니다.

### 임신부인 경우, 의사가 나의 사전 의료 지시서를 항상 따르는가?

상황에 따라 다릅니다.

- 아기가 태어나서 생존할 수 있는 경우에 담당 의사는 산모와 아기의 생명을 유지하는 치료를 중단하라는 지시서를 따르지 않을 것입니다.
- 아기가 생존할 수 없는 경우, 귀하가 양식에 임신 중이라고 하더라도 생명을 유지하는 치료를 중단하기를 원한다는 특별 항목에 체크 표시를 하지 않는 한 귀하의 지시서를 따르지 않을 것입니다.

### 나의 사전 의료 지시서는 만료되는가?

아니요. 만료 기한이 없습니다. 귀하가 취소하기 전에는 지속적으로 유효합니다.

### 사전 의료 지시서 작성 후, 절차는 무엇인가?

양식에 서명을 하고 두 명의 증인이 참관한 후에:

- 사본 한 부를 의료 대리인에게 줍니다
- 사본 한 부를 담당 의사 또는 기타 의료 제공자에게 줍니다
- 사본 한 부를 가족에게 줍니다
- 소형의 “조지아주 사전 의료 지시서” 카드를 작성해서 지갑에 넣어 소지합니다. 이 카드를 통해서 사람들은 귀하가 사전 의료 지시서를 작성해 두었으며 누구에게 연락해야 하는지 알 수 있습니다.

# 사전 의료 지시서: “귀하의 자기결정권”

## 사전 의료 지시서에 관한 Northside 병원의 정책

- Northside 병원은 사전 의료 지시서가 조지아 법에 따라 올바로 작성되었다면 환자의 지시를 따를 것입니다.
- Northside 병원은 법이 허용하는 범위 내에서 의료 또는 외과 치료를 받는데 동의하거나 거부할 수 있는 귀하의 권리를 존중합니다.
- Northside 직원은 사전 의료 지시서에 증인으로 서명할 수 없습니다.
- Northside 외래 진료 센터(예: 의사 진료실 또는 클리닉)에서 환자가 매우 아프게 될 경우, 의료진은 응급 처치를 시작하고 구급차를 불러 병원 응급실로 환자를 이송할 것입니다.
- 응급실에 도착한 후 의사가 환자의 상태를 확인한 다음, 사전 의료 지시서의 지침을 따르는 것이 괜찮은지 결정할 것입니다.

### Georgia Advance Directive For Health Card 조지아주 사전 의료 지시서

**Directives I have completed** / 작성해 둔 지시서:  
(해당하는 부분의 하나 또는 그 이상에 체크 표시)

**Part I Healthcare Agent**

제1부 의료 대리인

**Part 2 Treatment Preferences**

제2부 치료 선호사항

**Part 3 Guardianship**

제3부 후견인

**Person to Contact:** \_\_\_\_\_

연락할 사람

**Address:** \_\_\_\_\_

주소

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_  
도시 주

**Zip** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(우) 전화

**Date / 날짜** \_\_\_\_\_

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date/Time** \_\_\_\_\_  
서명 날짜/시간

### Georgia Advance Directive For Health Card 조지아주 사전 의료 지시서

**Directives I have completed** / 작성해 둔 지시서:  
(해당하는 부분의 하나 또는 그 이상에 체크 표시)

**Part I Healthcare Agent**

제1부 의료 대리인

**Part 2 Treatment Preferences**

제2부 치료 선호사항

**Part 3 Guardianship**

제3부 후견인

**Person to Contact:** \_\_\_\_\_

연락할 사람

**Address:** \_\_\_\_\_

주소

**City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_  
도시 주

**Zip** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(우) 전화

**Date / 날짜** \_\_\_\_\_

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date/Time** \_\_\_\_\_  
서명 날짜/시간



# 조지아주 사전 의료 지시서

By / 작성인: \_\_\_\_\_ Date of Birth / 생년월일: \_\_\_\_\_  
(Print Name / 정자체 이름) (Month/Day/Year 월/일/년)

본 사전 의료 지시서는 4부분으로 나뉘어 있습니다.

## PART ONE / 제1부

의료 대리인. 이 부분에서는 귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없거나(내리기를 원하지 않을 때), 귀하를 대신해서 의료 결정을 내릴 사람을 지정할 수 있습니다. 귀하가 선택한 사람을 의료 대리인이라고 합니다. 또한 귀하는 부검, 장기 기증, 시신 기증 및 시신의 최종 처리와 관련된 사망 후 결정을 의료 대리인이 귀하를 대신해서 내리도록 할 수 있습니다. 의료 대리인과 이 중요한 역할에 대해 의논하셔야 합니다.

## PART TWO / 제2부

치료 선호사항. 이 부분에서는 귀하가 말기 상태이거나 영구 무의식 상태인 경우, 귀하의 치료 선호사항을 명시할 수 있습니다. 제2부는 귀하가 치료 선호사항에 대해 의사소통을 할 수 없는 경우에만 효력을 발생합니다. 제2부가 효력을 발생하기 전, 귀하의 치료 선호사항에 대해 귀하와 의사소통하기 위해 합리적이고 적절한 노력을 기울일 것입니다. 귀하는 치료 선호사항에 대해 가족 및 가까운 사람들과 의논하셔야 합니다.

## PART THREE / 제3부

후견인. 이 부분에서는 만약 필요하게 될 경우를 대비하여 귀하의 후견인이 될 사람을 지명할 수 있습니다.

## PART FOUR / 제4부

유효성 및 서명. 이 부분에서는 귀하의 서명 및 증인 두 명의 서명이 필요합니다. 이 양식의 다른 부분을 작성한 경우 반드시 제4부를 작성해야 합니다.

상기 나열된 제1, 2, 3부 중에서 하나 또는 전부를 작성할 수 있습니다. 이 양식이 효력을 발생하기 위해서는 이 양식의 제4부를 반드시 작성해야 합니다. 작성한 이 양식의 사본 한 부를 필요한 사람들(예: 귀하의 의료 대리인, 가족, 담당 의사)에게 각각 제공해야 합니다.

작성한 이 양식의 사본 한 부는 자택에서 필요할 때 쉽게 찾을 수 있는 곳에 보관하십시오. 작성한 이 양식을 정기적으로 검토하여 귀하의 선호사항을 여전히 반영하고 있는지 확인하십시오. 귀하의 선호사항이 변경되는 경우, 새로 사전 의료 지시서를 작성하십시오.

이 양식의 사전 의료 지시서를 사용하는 것은 전적으로 선택사항입니다.

다른 양식의 사전 의료 지시서를 조지아주에서 사용할 수 있습니다. 귀하는 언제든지 작성한 이 양식을 취소할 수 있습니다. 작성된 본 양식은 본 양식 전에 작성되었던 모든 사전 의료 지시서, 의료 관련 지속적 위임장, 의료 대리인 지정서 또는 생전 유언을 대체하게 됩니다.

## PART ONE: HEALTH CARE AGENT / 제1부: 의료 대리인

[제1부는 제2부가 작성되지 않은 경우라도 효력을 발생합니다. 귀하의 의료에 직접 관여하는 의사 또는 의료 제공자는 귀하의 의료 대리인의 역할을 할 수 없습니다. 기혼자인 경우, 향후 이혼 또는 결혼 무효가 선언되면 현 배우자를 의료 대리인으로 지정한 선택이 취소됩니다. 미혼자인 경우, 향후 결혼하면 의료 대리인 지정이 취소됩니다. 단, 의료 대리인으로 지정한 사람이 귀하의 새 배우자인 경우에는 취소되지 않습니다.]

### (1) HEALTH CARE AGENT / 의료 대리인

본인은 다음 사람을 본인을 대신하여 의료에 관한 결정을 내릴 의료 대리인으로 선택합니다.

**Name / 이름:** \_\_\_\_\_

**Address / 주소:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers / 전화번호:** \_\_\_\_\_  
(**Home** 가정, **Work** 직장, **Mobile** 휴대폰)

### (2) BACK-UP HEALTH CARE AGENT / 예비 의료 대리인

[이 항은 선택사항입니다. 이 항이 공란으로 비워져 있더라도 제1부 효력이 발생됩니다.]

합리적인 시간 내에 의료 대리인에게 연락이 닿지 않거나, 합리적인 노력에도 불구하고 소재를 확인할 수 없거나, 어떤 이유로든 본인의 의료 대리인이 의료 대리인 역할을 하는 것이 불가능하거나, 역할을 할 수 없거나, 역할을 할 의향이 없는 경우, 지명된 순서대로 아래 나열된 사람들이 각각 본인의 예비 의료 대리인이 되도록 지정합니다.

**Name / 이름:** \_\_\_\_\_

**Address / 주소:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers / 전화번호:** \_\_\_\_\_  
(**Home** 가정, **Work** 직장, **Mobile** 휴대폰)

**Name / 이름:** \_\_\_\_\_

**Address / 주소:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers / 전화번호:** \_\_\_\_\_  
(**Home** 가정, **Work** 직장, **Mobile** 휴대폰)

### (3) GENERAL POWERS OF HEALTH CARE AGENT / 의료 대리인의 일반적인 권한

본인이 의료 결정에 관해 의사소통할 수 없거나, 본인의 의료 결정에 관해 의료 대리인이 의사소통하도록 본인이 선택하는 경우, 본인의 의료 대리인이 본인을 대신해서 의료 결정을 내릴 것입니다.

본인의 의료 대리인은 본인이 내릴 수 있는 모든 의료 결정을 내릴 수 있는 동일한 권한을 가질 것입니다. 본인의 의료 대리인에게 부여된 권한은 예를 들면 다음과 같습니다.

병원, 전문요양시설, 호스피스(임종간호) 또는 기타 의료 시설이나 서비스 기관에 본인을 입원시키거나 퇴원시킬 수 있습니다

모든 유형의 의료 서비스를 요청하거나 동의, 보류 또는 철회할 수 있습니다

본인을 위한 모든 의료 시설 또는 서비스 계약을 체결하고, 그 서비스에 대해 본인이 지불하도록 의무를 지울 수 있습니다(본인의 의료 대리인은 본인을 위해서 또는 본인을 대신해서 계약한 서비스 또는 의료에 대한 재정적인 책임을 지지 않습니다).

본인의 의료 대리인은 의료 기록 개인정보 보호와 관련된 모든 연방 또는 주 법(1996년에 제정된 건강보험 이전과 책임에 관한 법[HIPAA] 포함)의 모든 목적을 위해 본인의 개인 대리인이 될 것이며, 본인의 의무 기록에 대해서 본인이 갖는 권한과 동일한 접근 권한을 가지며, 본인의 지속적 의료를 위해 본인의 의무 기록의 내용을 다른 사람이나 기관에 공개할 수 있습니다.

본인의 의료 대리인은 구급대원의 판단으로 승객 탑승이 허용되는 경우, 구급차 또는 응급 의료 헬기에서 본인과 동행할 수 있으며, 본인이 병원, 전문요양시설, 호스피스(임종간호) 또는 기타 의료 시설이나 서비스 기관에 입원한 동안 면회가 허용되는 경우, 본인의 의료 대리인이 본인을 대면 방문 또는 상담할 수 있습니다.

본인의 의료 대리인은 원본 대신에 이 사전 의료 지시서의 사본 한 부를 제시할 수 있으며, 그 사본은 원본과 동일한 의미와 효력을 가질 것입니다.

본인은 조지아 법에 따라 다음을 이해합니다.

본인의 의료 대리인은 본인의 의료 대리인 역할을 거부할 수 있습니다. 법원에서 본인의 의료 대리인이 적절하게 역할을 다하지 않는다고 판단할 경우, 본인의 의료 대리인 권한을 철회할 수 있습니다.

본인의 의료 대리인은 정신외과, 불임법, 정신질환 또는 정서질환, 정신지체 또는 중독성 질환으로 인한 치료 또는 강제입원과 관련된 의료 결정을 본인을 대신해서 내릴 권한이 없습니다.

### (4) GUIDANCE FOR HEALTH CARE AGENT / 의료 대리인을 위한 지침

본인의 의료 대리인은 본인 대신에 의료 결정을 내릴 때, 과거 함께 나누었던 대화, 제2부에 명시된 치료 선호사항(제2부가 작성된 경우), 본인의 종교 및 기타 신념과 가치관, 그리고 과거에 본인이 의료 및 기타 중요한 문제를 어떻게 처리했는지와 일관된 어떤 조치를 취해야 할지 생각해야 합니다. 여전히 본인이 어떤 결정을 내릴지 확신이 서지 않을 경우에는 본인의 의료 대리인은 본인의 현 상황과 치료 선택사항의 이익, 부담 및 위험을 고려하여 최선이라고 생각되는 결정을 본인을 대신해서 내려야 합니다.

## (5) POWERS OF HEALTH CARE AGENT AFTER DEATH / 사망 후 의료 대리인의 권한.

### (A) AUTOPSY / 부검

본인이 아래 이니셜을 기재하여 본인의 의료 대리인에게 부여된 권한을 제한하지 않는 한, 의료 대리인은 본인 시신의 부검을 승인할 수 있는 권한을 갖습니다.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **My health care agent will not have the power to authorize an autopsy of my body (unless an autopsy is required by law).** / (법에 따라 부검이 요구되는 경우를 제외하고서는) 본인의 의료 대리인은 본인 시신의 부검을 승인할 수 있는 권한이 없습니다.

### (B) ORGAN DONATION AND DONATION OF BODY / 장기 기증 및 시신 기증

본인이 아래 이니셜을 기재하여 본인의 의료 대리인에게 부여된 권한을 제한하지 않는 한, 의료 대리인은 조지아주 해부기증법에 의거하여 의학 목적을 위해 본인 시신의 일부 또는 전부를 처분할 수 있는 권한을 갖습니다. [적용하기를 원하는 각 문구에 이니셜을 기재하십시오.]

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **My health care agent will not have the power to make a disposition of my body for use in a medical study program.** / 본인의 의료 대리인은 의학 연구 프로그램의 사용 목적으로 본인 시신을 처분할 수 있는 권한이 없습니다.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **My health care agent will not have the power to donate any of my organs.** / 본인의 의료 대리인은 본인 장기의 어떤 부분도 기증할 수 있는 권한이 없습니다.

### (C) FINAL DISPOSITION OF BODY / 시신의 최종 처리

본인이 아래 이니셜을 기재하지 않는 한, 본인의 의료 대리인은 본인 시신의 최종 처리에 관한 결정을 내릴 수 있는 권한을 갖습니다.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **I want the following person to make decisions about the final disposition of my body** / 본인은 다음 명명된 사람이 본인 시신의 최종 처리에 관한 결정을 내리기 원합니다.

Name / 이름: \_\_\_\_\_

Address / 주소: \_\_\_\_\_

Telephone Numbers / 전화번호: \_\_\_\_\_  
(Home 가정, Work 직장, Mobile 휴대폰)

I wish for my body to be: / 본인은 본인 시신이 다음과 같이 최종 처리되기를 원합니다.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **Buried** / 매장

또는

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **Cremated** / 화장

## PART TWO: TREATMENT PREFERENCES / 제2부: 치료 선호사항

[제2부는 치료 선호사항에 대해 귀하와 의사소통하기 위해 합리적이고 적절한 노력을 기울인 후, 귀하가 귀하의 치료 선호사항에 대해 의사소통을 할 수 없는 경우에만 효력을 발생합니다. 제2부는 제1부가 작성되지 않은 경우라도 효력을 발생합니다. 제1부에서 의료 대리인을 지정하지 않은 경우 또는 귀하의 의료 대리인이 역할을 할 수 없는 경우에, 제2부는 담당 의사 및 기타 의료 제공자에게 귀하의 치료 선호사항을 제공합니다. 제1부에서 의료 대리인을 지정한 경우, 귀하의 의료 대리인은 제2부에 나와 있는 사안에 관해 귀하를 대신해서 모든 의료 결정을 내릴 수 있는 권한을 갖습니다. 귀하의 의료 대리인은 귀하의 치료 선호사항 및 제1부의 4번 항에 설명된 기타 사항들을 고려하고 따를 것입니다.]

## (6) CONDITIONS / 상태

제2부는 본인이 다음 중 어느 한 상태에 있을 경우 효력을 발생합니다.

[제2부 효력을 발생하기 원하는 각 상태에 이니셜을 기재하십시오.]

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **A terminal condition, which means I have an incurable or irreversible condition that will result in my death in a relatively short period of time.** / 말기 상태, 즉 치료 불가능 또는 비가역 상태로 상대적으로 단기간 내에 사망을 초래할 경우.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **A state of permanent unconsciousness, which means I am in an incurable or irreversible condition in which I am not aware of myself or my environment and I show no behavioral response to my environment.** / 영구 무의식 상태, 즉 자기 자신이나 주변 환경을 알지 못하고 주변 환경에 대한 그 어떤 행동 반응도 보이지 않는 치료 불가능 또는 비가역 상태일 경우.

본인의 상태는 현재 승인되는 의료 표준에 따라 본인의 주치의와 제2의 의사가 직접 검진한 후 서면으로 판정될 것입니다.

## (7) TREATMENT PREFERENCES / 치료 선호사항

[(A), (B) 또는 (C)에 이니셜을 기재하여 귀하의 치료 선호사항을 명시하십시오. (C)를 선택하는 경우, (C) 다음에 나와 있는 문구 중 하나 또는 그 이상에 이니셜을 기재하여 귀하의 추가 치료 선호사항을 명시하십시오. 다음 항에서 귀하의 치료 선호사항에 관한 추가 지침을 명시할 수 있습니다. 귀하는 통증 완화를 포함하여 최적의 편안을 제공받을 것이지만, 다음 항에서 통증 완화에 관한 구체적인 선호사항을 명시할 수 있습니다.]

본인이 이니셜을 기재한 상기 (6)번 항에서 기술한 상태이며, 치료 선호사항에 대해 본인과 의사소통하기 위해 합리적이고 적절한 노력을 기울인 후 본인이 본인의 치료 선호사항에 대해 어 이상 의사소통을 할 수 없는 경우:

(A) \_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **Try to extend my life for as long as possible, using all medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive. If I am unable to take nutrition or fluids by mouth, then I want to receive nutrition or fluids by tube or other medical means.** / 합리적인 의학적 판단으로 생존을 유지할 수 있는 모든 약물, 기계, 또는 기타 의료 시술을 사용하여 최대한 오랫동안 나의 생존을 유지하도록 하십시오. 본인이 입으로 영양분이나 수분을 섭취할 수 없는 경우, 튜브 또는 다른 의료 수단을 통해 영양분이나 수분을 공급받기 원합니다.

또는

(B) \_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **Allow my natural death to occur. I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me. I do not want to receive nutrition or fluids by tube or other medical means except as needed to provide pain medication.** / 자연적인 사망이 일어나도록 두십시오. 합리적인 의학적 판단으로 생명을 유지할 수 있지만 완치할 수는 없는 그 어떤 약물, 기계 또는 기타 의료 시술도 원하지 않습니다. 진통제를 제공하기 위해 필요한 경우를 제외하고, 튜브 또는 기타 의료 수단을 통해 영양분이나 수분을 공급받기 원하지 않습니다.

또는

(C) \_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) **I do not want any medications, machines, or other medical procedures that in reasonable medical judgment could keep me alive but cannot cure me, except as follows:** / 다음 경우를 제외하고, 합리적인 의학적 판단으로 생명을 유지할 수 있지만 완치할 수는 없는 그 어떤 약물, 기계 또는 기타 의료 시술도 원하지 않습니다.

[Initial each statement that you want to apply to option (C). / 선택사항 (C)에 적용하기를 원하는 각 문구에 이니셜을 기재하십시오.]

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) If I am unable to take nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube or other medical means. / 본인이 입으로 영양분을 섭취할 수 없는 경우, 투브 또는 다른 의료 수단을 통해 영양분을 공급받기 원합니다.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) If I am unable to take fluids by mouth, I want to receive fluids by tube or other medical means. / 본인이 입으로 수분을 섭취할 수 없는 경우, 투브 또는 다른 의료 수단을 통해 수분을 공급받기 원합니다.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator used. / 호흡하는 데 지원이 필요한 경우, 인공호흡기를 사용하기 원합니다.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used. / 본인의 심장 또는 맥박이 정지하는 경우, 심폐소생술(CPR)을 받기 원합니다.

#### (8) ADDITIONAL STATEMENTS / 추가 문구

[이 항은 선택사항입니다. 이 항이 공란으로 비워져 있더라도 제2부 효력이 발생됩니다.] 이 항에서는 추가 치료 선호사항을 명시하거나, 의료 대리인에게 추가 지침을 제공하거나(제1부에서 의료 대리인을 지정한 경우), 의료 치료에 대한 개인 및 종교 가치관에 관한 정보를 제공할 수 있습니다. 예를 들면, 감염 치료제, 수술, 사지 절단, 수혈 또는 신장 투석에 관한 치료 선호사항을 명시할 수 있습니다. 귀하가 귀하의 치료 선호사항에 대해 더 이상 의사소통할 수 없게 된 후 귀하에게 발생할 수 있는 모든 일을 예측하는 것이 불가능하다는 사실을 이해하며 귀하의 의료 대리인에게 귀하의 치료 선호사항을 따를 수 있는 지침을 제공할 수 있습니다(제 1 부에서 의료 대리인을 지정한 경우). 통증 완화에 관한 구체적인 선호사항을 명시할 수 있습니다.]

---

---

---

#### (9) IN CASE OF PREGNANCY / 임신의 경우

[PART TWO will be effective even if this section is left blank. / 이 항이 공란으로 비워져 있더라도 제2부 효력이 발생됩니다.]

본인은 임신한 경우, 태아가 생존 불가능하고 본인이 아래 이니셜을 기재하여 제 2 부의 사항이 시행되기 원함을 명시하지 않는 한, 조지아 법에 따라 제 2 부는 일반적으로 효력이 발생하지 않는다는 것을 이해합니다.

\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) I want PART TWO to be carried out if my fetus is not viable. / 태아가 생존 불가능한 경우, 제 2 부의 사항이 시행되기를 원합니다.

## PART THREE: GUARDIANSHIP / 제3부: 후견인

### (10) GUARDIANSHIP / 후견인

[제 3 부는 선택사항입니다. 제 3 부가 공란으로 비워져 있더라도 이 사전 의료 지시서의 효력이 발생됩니다. 법원에서 후견인이 임명되어야 한다고 판단할 경우에 후견인으로 임명될 사람을 귀하가 지명하기를 원한다면 제3부를 작성하십시오. 법원에서는 개인적 지원, 안전 또는 복지에 관한 중요한 결정을 귀하 스스로 내릴 수 없다고 판단하는 경우, 귀하를 위해 후견인을 임명할 것입니다. 법원에서는 귀하의 이익과 복지를 위해 최선이라고 판단하는 경우, 귀하가 지명한 사람을 임명할 것입니다. 제 1 부에서 의료 대리인을 지정한 경우, 귀하의 의료 대리인이 후견인이 되도록 지명할 수 있습니다 (하지만 반드시 그래야 하는 것은 아닙니다). 의료 대리인과 후견인이 동일한 사람이 아닌 경우에는 법원에서 달리 판단하지 않는 한, 귀하의 의료 결정을 내리는 데 의료 대리인이 후견인에 앞서 우선 권한을 갖습니다.]

**[State your preference by initialing (A) or (B). Choose (A) only if you have also completed PART ONE. / (A) 또는 (B)에 이니셜을 기재하여 귀하의 선호사항을 명시하십시오. 제 1 부를 작성한 경우에만 (A)를 선택하십시오.]**

**(A) \_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) I nominate the person serving as my health care agent under PART ONE to serve as my guardian. / 제 1 부에서 본인의 의료 대리인으로 지정된 사람이 본인의 후견인 역할을 하도록 지명합니다.**

**또는**

**(B) \_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) I nominate the following person to serve as my guardian: / 다음 사람이 본인의 후견인 역할을 하도록 지명합니다.**

**Name / 이름:** \_\_\_\_\_

**Address / 주소:** \_\_\_\_\_

**Telephone Numbers / 전화번호:** \_\_\_\_\_  
(Home 가정, Work 직장, Mobile 휴대폰)

## PART FOUR: EFFECTIVENESS AND SIGNATURES / 제4부: 유효성 및 서명

이 사전 의료 지시서는 본인이 본인 스스로의 의료 결정을 내리거나 의사소통을 할 수 없거나 하지 않기로 선택한 경우에만 효력을 발생합니다.

본 양식은 이 날짜 전에 본인이 작성했던 모든 사전 의료 지시서, 의료 관련 지속적 위임장, 의료 대리인 지정서 또는 생전 유언을 취소합니다.

본인이 아래 이니셜을 기재하고 다른 향후 날짜 또는 상황을 명시하지 않는 한, 본인이 서명하는 시점에 이 사전 의료 지시서의 효력이 발생하고, 사망 시까지 (그리고, 사망 후에는 제 1부 (5)번 항에 따라 승인된 범위 내에서) 효력을 유지합니다.

**\_\_\_\_\_ (Initials / 이니셜) This advance directive for health care will become effective on or upon / 이 사전 의료 지시서는 \_\_\_\_\_ (date / 날짜)에 효력을 발생하고, and will terminate on or upon \_\_\_\_\_ (date / 날짜)에 종료됩니다.**

[반드시 이 양식에 서명하고 날짜를 기재하거나 두 명의 증인이 있는 자리에서 서명 및 날짜 기재 사실을 확인해야 합니다. 증인은 둘 다 정신이 건강하고 18세 이상이어야 하지만, 두 증인이 함께 있어야 하거나 귀하가 이 양식에 서명하는 시점에 귀하와 함께 있어야 할 필요는 없습니다.]

증인은,

- 제1부에서 귀하가 의료 대리인 또는 예비 의료 대리인으로 지정한 사람이어서는 안 되며,
- 귀하가 사망할 경우에 상속으로 그 무엇이라도 물려받는다는 사실을 알거나, 다른 방식으로 재정적인 이익을 얻는다는 사실을 아는 사람이어서는 안 되며, 또한
- 귀하의 의료에 직접 참여하는 사람이어서는 안 됩니다.

두 명의 증인 중 한 명은 귀하가 의료 서비스를 받고 있는 병원, 전문요양시설, 호스피스(임종간호) 또는 기타 의료 시설의 직원, 대리인 또는 의료진이 될 수 있지만, 귀하의 의료에 직접 참여하는 사람이어서는 안 됩니다.]

**NOTE / 참고:** 귀하가 **Northside** 병원의 환자이며 이 양식을 서명하는 경우,  
**Northside**의 방침에 따라 **Northside** 직원은 사전 의료 지시서의 증인이 될 수  
없습니다. 되는 것을 허락하지 않습니다.

아래에 서명함으로써, 본인은 사전 의료 지시서를 작성할 수 있는 정서 및 정신 상태이며, 사전 의료 지시서의 목적과 효력을 이해하고 있음을 진술합니다.

---

**(Signature of Declarant / 선언자의 서명)**

**(Date/Time 날짜/시간)**

본인이 참관한 자리에서 선언자가 이 양식에 서명하였거나 이 양식에 서명한 사실을 본인에게 확인하였습니다. 개인적인 본인의 관찰을 근거로, 선언자는 이 사전 의료 지시서를 작성할 수 있는 정서 및 정신 상태로 보이며, 이 양식을 자의로 그리고 자발적으로 서명하였습니다.

---

**(Signature of First Witness / 첫 번째 증인의 서명)**

**(Date/Time 날짜/시간)**

**Print Name / 정자체 이름:** \_\_\_\_\_

**Address / 주소:** \_\_\_\_\_

---

**(Signature of Second Witness / 두 번째 증인의 서명)**

**(Date/Time 날짜/시간)**

**Print Name / 정자체 이름:** \_\_\_\_\_

**Address / 주소:** \_\_\_\_\_

---

**Interpreter Signature / 통역사 서명**

**(Date/Time 날짜/시간)**

**Note: If phone/video interpretation used, record interpreter ID#**

참고: 원격 통역을 사용하는 경우(휴대폰/아이패드), 통역사 이름, ID 번호 기록 \_\_\_\_\_

**Interpreter comments (optional) / 통역사 의견(선택사항):** \_\_\_\_\_

[**This form does not need to be notarized.** / 이 양식은 공증이 필요하지 않습니다.]



**KOREAN TRANSLATION:  
GEORGIA ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTH CARE**

Reorder #NH8157  
Piedmont Graphics Rev. 08/28/2025