



Wellstar[®]
HEALTH SYSTEM

Advance Directive for Health Care (사전의료의향서)

Respecting Your Right To:
(귀하의 권리를 존중합니다.)

Choose Your Health Care Agent
(의료 대리인을 선택할 권리)

Choose the Authority Given to Your Health Care Agent
(의료 대리인에게 부여하는 권한을 선택할 권리)

Choose Your Preferences Related to Treatment & Care
(선호하는 치료 및 관리를 선택할 권리)

Printed Name [이름(정자체)]

Birthdate (생년월일)

Getting Oriented (오리엔테이션)

PART ONE- Choose a Health Care Agent (the person(s) you choose to make health care decisions for you when needed).

[1부: 의료 대리인 선택하기(필요시 귀하가 선택한 사람이 귀하를 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있습니다).]

PART TWO- Select some medical treatment preferences.

(2부: 선호하는 의료 서비스 선택하기.)

PART THREE- Guidance for your Health Care Agent

(3부: 의료 대리인을 위한 지침.)

PART FOUR (Required)- Your signature and two witnesses.

[4부(필수): 귀하의 서명과 두 명의 증인.]

You may fill out Part One, Part Two, or both, but if you have filled out ANY section of this form then Part Four MUST be filled in to make it legally valid.

(1부, 2부 또는 둘 다 작성하실 수 있으나, 이 양식의 어느 부분이라도 작성한 경우에는 그 법적 효력을 위해 4부를 반드시 작성해야 합니다.)

Explanation and Directions for this Advance Directive: (사전의료의향서에 대한 설명과 지침:)

This document goes into effect only when you are unable to (or choose not to) make health care decisions for yourself.

(이 문서는 귀하 스스로 의료 결정을 내릴 수 없거나 내리지 않기로 선택한 경우에만 효력을 발휘합니다.)

1. This is an important legal document.
(이는 법적으로 중요한 문서입니다.)
2. This is a way to communicate health care preferences to your health care providers and others who care about you (e.g. friends, family).
[이는 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 기관과 귀하를 돌보는 사람들(예: 친구, 가족)에게 귀하가 선호하는 의료 서비스를 알리는 한 가지 수단입니다.]
3. This document does NOT give permission for your health care agent to make business or financial decisions on your behalf
(이 문서는 귀하의 의료 대리인(Health Care Agent)이 귀하를 대신하여 비즈니스를 하거나 재정적 결정을 내리는 것을 허용하지 않습니다.)

Steps to Take After Completing This Advance Directive: (사전의료의향서를 작성한 이후에:)

1. Talk about your advance directive and your health care related goals and preferences with:

(귀하의 사전의료의향서와 의료 서비스 관련 목표 및 선호 사항에 대해 다음 사람들과 함께 이야기하세요.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Your Health Care Agent and Backup Agent
(귀하의 의료 대리인과 예비 대리인) | <input type="checkbox"/> Your Friends
(귀하의 친구) |
| <input type="checkbox"/> Your Family
(귀하의 가족) | <input type="checkbox"/> Your Emergency Contact
(귀하의 비상 연락처) |

2. Give copies of your advance directive to: (귀하의 사전의료의향서 사본을 다음 사람들에게 제공하세요.)

- Your Health Care Agent (귀하의 의료 대리인)
- Your Backup Health Care Agent (귀하의 예비 의료 대리인)
- Your health care providers (귀하의 의료 서비스 제공자)

3. Keep a copy of your advance directive where it can easily be found (e.g. on the refrigerator).

[귀하의 사전의료의향서를 쉽게 찾을 수 있는 곳에 보관하세요(예: 냉장고에 붙여 놓기).]

4. If you are going to the hospital or a nursing home, take a copy of this document with you and ask that it be placed in your medical records.

(귀하가 병원이나 요양원에 갈 경우, 이 문서의 사본을 지참하셔서 귀하의 의료 기록에 추가할 것을 요청하세요.)

Remember: You may revoke this completed form (advance directive) at any time by:

[기억하세요: 작성된 이 양식(사전 의료 지시서)은 언제든지 다음과 같은 방법으로 철회할 수 있습니다.]

1. Completing a written statement declaring your preference to revoke that is signed and dated; OR (서명과 날짜를 기입한 철회 의향서를 서면으로 작성하거나,)
2. Stating your desire to revoke the document in the presence of a witness 18 years of age or older who completes a written statement of your expression within 30 days of your declaration. The statement should be signed and dated; AND (신고한 날로부터 30일 이내에 18세 이상의 증인이 서면 진술서를 작성하여 입회한 상태에서 문서 철회를 원하는 의사를 밝힙니다. 진술서에는 서명과 날짜가 기입되어 있어야 하며,)
3. Communicating the revocation to your attending physician and other health care providers. (참석한 귀하의 주치의와 기타 의료 서비스 제공자에게 철회 의사를 전달합니다.)

How Often Should You Consider Making Changes to Your Advance Directive? (사전의료의향서 변경은 언제 고려해야 하나요?)

It is good to review and update your advance directive when one of the following occurs:
(다음 중 한 가지 일이 발생하면 사전의료의향서를 검토하거나 업데이트하는 것이 좋습니다.)

- Decade-** at the start of a new decade of your life (every 10 years)
(10년 - 인생의 새로운 10년이 시작되는 시점 (10년 마다))
- Death-** if your health care agent dies or if your choices have changed after the death of a loved one
(사망 - 귀하의 의료 대리인이 사망하거나 사랑하는 사람이 사망한 이후에 귀하의 선택 사항이 바뀌는 경우)
- Divorce-** if you marry someone other than your health care agent or if you divorce your healthcare agent, then this document is automatically revoked
(이혼 - 귀하의 의료 대리인이 아닌 다른 사람과 결혼하거나 의료 대리인과 이혼하는 경우, 이 문서는 자동으로 취소됩니다.)
- Diagnosis-** if you are diagnosed with a chronic or serious illness
(진단 - 귀하가 만성 또는 심각한 질병으로 진단 받은 경우)
- Decline-** if your health gets worse over time, especially if you are no longer able to live on your own.
(말년 - 시간이 지남에 따라 귀하의 건강이 악화되는 경우, 특히 더 이상 혼자서 생활할 수 없는 경우.)

Need help completing this document? (이 문서 작성에 도움이 필요하십니까?)

Contact a Respecting Choices advance care planning facilitator at wellstar.org/acp to ask a question.

[궁금한 점이 있으시면 wellstar.org/acp의 Respecting Choices advance care planning facilitator (선택을 존중하는 사전의료계획 지원자)에게 문의하십시오.]

PART ONE: My Choice for Health Care Agent (1부: 내가 선택한 의료 대리인)

(Part 1 will be effective even if Part 2 is not completed)

(2부를 작성하지 않아도 1부는 유효합니다)

Who Should You Choose as Your Health Care Agent? (귀하의 의료 대리인으로 누구를 선택해야 할까요?)

- Someone who knows you well, and will respect your goals and values (귀하를 잘 알고 귀하의 목표와 가치를 존중해 줄 수 있는 사람)
- Someone you trust to make decisions in difficult circumstances (어려운 상황에서 결정을 내릴 수 있는 신뢰할 수 있는 사람)
- Someone who will be a good advocate for you and follow your decisions, even if he/she may not agree with them (귀하의 결정에 동의하지 않더라도 귀하를 잘 대변하고 귀하의 결정을 따를 수 있는 사람)
- Someone 18 years or older (18세 이상인 사람)

Who Cannot Be Your Health Care Agent? (의료 대리인이 될 수 없는 사람은 누구인가요?)

- A health care provider if he/she is directly involved in your care (귀하의 치료에 직접적으로 관여하는 의료 서비스 제공자)
- Someone younger than 18 years old (18세 미만인 사람)

If I can no longer make my own health care decisions (or I choose not to), this directive names the person I authorize to make these choices on my behalf; even if I do not fill out my treatment preferences in the next part. This person will be my health care agent.

(내가 더 이상 스스로 의료 관련 결정을 내릴 수 없거나 내리지 않기로 선택한 경우, 이 지시서는 나를 대신하여 이러한 선택을 할 수 있는 사람의 이름을 지정합니다. 내가 2부에서 나의 치료 선호 사항을 작성하지 않더라도 이 사람이 나의 의료 대리인이 될 것입니다.)

The Person I Choose as My Health Care Agent: (내가 의료 대리인으로 선택한 사람:)

Name (이름) _____ Relationship (관계) _____

Telephone (Cell) [(휴대)전화] _____ (Work) (직장) _____ (Home) (집) _____

Address (주소) _____

Email Address (optional) [이메일 주소(선택)] _____

If my health care agent cannot be contacted within a reasonable time period or for any reason is unable or unwilling to act as my health care agent, then I select the following back up health care agents to be contacted in order of choice.

(만약 내 의료 대리인이 합리적인 시간 내에 연락이 되지 않거나 어떤 이유로든 내 의료 대리인으로서 역할을 할 수 없거나 수행할 의사가 없는 경우, 나는 다음과 같이 예비 의료 대리인을 선택하고 순서대로 연락을 취할 수 있습니다.)

Back-Up Agent # 1: (예비 대리인 # 1:)

Name (이름) _____ Relationship (관계) _____

Telephone (Cell) [(휴대)전화] _____ (Work) (직장) _____ (Home) (집) _____

Address (주소) _____

Email Address (optional) [이메일 주소(선택)] _____

Name: (이름:) _____

Back-Up Agent # 2: (예비 대리인 # 2:)

Name (이름) _____ Relationship (관계) _____

Telephone (Cell) [(휴대)전화] _____ (Work) (직장) _____ (Home) (집) _____

Address (주소) _____

Email Address (optional) [이메일 주소(선택)] _____

By checking this box, I'm indicating that I do not have a health care agent. Instead, please allow my selections on Part Two to guide my health care decisions.

(여기에 체크함으로써, 나는 의료 대리인이 없음을 밝힙니다. 대신, 2부에서 내가 선택한 사항을 바탕으로 내 의료 결정이 내려질 수 있도록 해주십시오.)

What My Health Care Agent Can Do: (의료 대리인이 할 수 있는 일:)

I understand that I have chosen a health care agent to make decisions for me related to my health care. He/she will have the same authority to make any health care decision that I could make. For example: (나는 나를 대신하여 의료 결정을 내릴 의료 대리인을 선택했음을 이해합니다. 이 대리인은 내가 할 수 있는 모든 의료 결정을 내릴 수 있는 동일한 권한을 갖게 될 것입니다. 예를 들어:)

- Take my instructions and what he/she knows of my preferences/values to act in my best interest. (나의 지시에 따라 나의 선호도/가치관을 파악하고 나에게 최선의 이익이 되도록 행동합니다.)
- Authorize, request, refuse, withdraw, and/or withhold any and all types of medication, treatment, procedures or health care. (모든 유형의 약물, 치료, 시술 또는 의료를 승인, 요청, 거부, 철회 및/또는 보류할 수 있습니다.)
- Consent, negotiate and/or contract for any health care facility or service for me, such as assisted living, skilled nursing facility, hospital, hospice or nursing home. These actions will not make my health care agent liable to pay for these services. (생활 보조 시설, 전문 간호 시설, 병원, 호스피스 또는 요양원 등 나를 위한 모든 의료 시설 또는 서비스에 대해 동의, 협상 및/또는 계약할 수 있습니다. 이러한 조치로 인하여 내 의료 대리인이 이러한 서비스 비용을 지불할 책임이 있는 것은 아닙니다.)
- Review and release my medical records as needed for my medical care. (의료 서비스를 위해 필요한 경우 내 의료 기록을 검토하고 공개할 수 있습니다.)

Note: Under Georgia law, a court can take away the powers of your health care agent if it finds he/she is not acting in accordance with your preferences. Your health care agent DOES NOT have the power to make decisions regarding behavioral treatment, sterilization, treatment or involuntary hospitalization for mental or emotional illness, or addictive disease.

(참고: 조지아 법에 따라 법원은 의료 대리인이 귀하의 선호에 따라 행동하지 않는다고 판단되면 해당 대리인의 권한을 박탈할 수 있습니다. 귀하의 의료 대리인은 정신적 또는 정서적 질환이나 중독성 질환으로 인한 행동 치료, 단종(수술), 치료 또는 강제 입원에 대해서는 결정을 내릴 권한이 없습니다.)

Name: (이름:) _____

What My Health Care Agent Can Do After I Die: (내가 사망한 이후에 의료 대리인이 할 수 있는 일:)

I understand that my health care agent can make decisions about the following (unless I have initialed to indicate I do not want him/her to have that authority/ability):

[나는 내 의료 대리인이 다음 사항에 대해 결정을 내릴 수 있음을 이해합니다(대리인에게 해당 권한/능력을 주지 않겠다고 내가 이니셜로 표시하지 않는 한).]

1. **Autopsy-** My health care agent WILL have the power to authorize (give permission) for an autopsy
[부검 - 내 의료 대리인은 부검을 승인(허가)할 권한이 있습니다]
2. **Organ Donation and/or Body Donation-** My health care agent WILL have the power to donate my body for use in a medical study and/or donate any of my organs
(장기 기증 및/또는 신체 기증 - 내 의료 대리인은 의학 연구에 사용할 목적으로 내 몸을 기증하거나 내 장기를 기증할 수 있는 권한이 있습니다.)
3. **Final Disposition of My Body-** My health care agent WILL have the power to authorize the final disposition of my body including funeral arrangements and burial or cremation
(내 시신의 최종 처분 - 내 의료 대리인은 장례 준비와 매장 또는 화장을 포함해 내 시신의 최종 처분을 승인할 권한이 있습니다.)

Only initial those things that you DO NOT want your health care agent to be able to do after you die (귀하가 사망한 이후 의료 대리인이 할 수 있는 일 중 귀하가 원하지 않는 사항에만 이니셜로 표시하십시오.)

1. **Autopsy:** _____ (Initial) I do NOT give the authority to my health care agent to authorize an autopsy (unless required by law).
[부검: _____ (이니셜) 법에서 요구하지 않는 한, 나는 내 의료 대리인에게 부검을 승인할 권한을 부여하지 않습니다.]
2. **Organ Donation and Body Donation:** (장기 기증 및 시신 기증:)
 - a. _____ (Initial) I do NOT give authority to my health care agent to donate my body for use in a medical study.
[[이니셜] 나는 내 의료 대리인에게 의학 연구를 위해 내 시신을 기증하는 것에 대해 권한을 부여하지 않습니다.]
 - b. _____ (Initial) I do NOT give authority to my health care agent to donate any of my organs.
[[이니셜] 나는 내 의료 대리인에게 내 장기 기증에 대한 권한을 부여하지 않습니다.]
3. **Final Disposition of My Body:** _____ (Initial) I do NOT give authority to my health care agent to make decisions about final disposition of my body.
[내 시신의 최종 처분: _____ (이니셜) 나는 내 의료 대리인에게 내 시신의 최종 처분에 관한 결정을 내릴 권한을 부여하지 않습니다.]

I want the following person to make decisions about the final disposition of my body:
(나는 내 시신의 최종 처분에 대한 결정을 다음 사람이 내리기를 원합니다.)

Name (이름) _____ Phone (전화번호) _____

Address (주소) _____

Initial your preference for the final disposition of your body:

(시신의 최종 처분에 대한 귀하의 선호 사항을 이니셜로 기재하십시오.)

_____ (Initial) I want to be buried.

[[이니셜] 매장을 원합니다.]

_____ (Initial) I want to be cremated.

[[이니셜] 화장을 원합니다.]

PART TWO: My Treatment Preferences (2부: 치료 선호 사항)*(Part 2 will be effective even if Part 1 is not completed)**(1부를 작성하지 않아도 2부는 유효합니다)*

This is your opportunity to make your preferences clear. Your health care agent and your doctors will refer to this section as a guide when you cannot make informed decisions. If you did NOT name a health care agent or back-up agent or if he/she cannot be reached, you can direct your care with the choices you indicate below. **WITH ANY CHOICE BELOW**, I understand I will be kept clean and comfortable and continue to receive medications for pain control and comfort.

(이것은 귀하의 선호 사항을 분명히 할 수 있는 기회입니다. 귀하의 의료 대리인과 의사는 귀하가 정보에 입각한 결정을 내릴 수 없을 때 이 섹션을 지침으로 참조할 것입니다. 의료 대리인 또는 예비 대리인의 이름을 지정하지 않았거나 연락이 닿지 않는 경우, 아래 표시된 선택 사항으로 진료를 지시할 수 있습니다. 아래에서 어떤 선택을 하든, 나는 청결하고 편안한 상태를 유지하며 통증 조절과 편안함을 위해 약물을 계속 투여받을 수 있음을 이해합니다.)

Initial each statement you choose as your treatment preferences if you are in these situations:

(이러한 상황에 처했을 때, 선호하는 치료법으로 선택한 각 진술에 이니셜을 표시하세요:)

If I have a **terminal illness** (incurable or irreversible condition) and my attending physician and another physician believe (and write in the medical record) that I will die within a short period of time, this is my choice:

(내가 **불치병**에 걸렸거나 치료가 불가능하거나 돌이킬 수 없는 상태에 있고, 내 주치의와 다른 의사가 내가 단기간 내에 사망할 것이라고 믿고 의료 기록에 이를 기록하는 경우, 나는:)

1. _____ I want to extend my life for as long as possible using all treatments that the doctors believe are reasonable. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, medications, and/or fluids given to me through an IV or treatments for chronic medical conditions. (의사들이 합리적이라고 믿는 모든 치료법을 사용하여 가능한 한 오랫동안 생명을 연장하고 싶습니다. 예를 들어, 호흡을 대신해주는 기계(호흡 보조기/인공 호흡기), 수액 튜브, 혈액제제, 약물 및/또는 정맥주사를 통해 투여되는 수액이나 만성 질환 치료제가 이에 해당합니다.)

OR (또는)

2. _____ I want to allow my natural death to occur by refusing or stopping all treatments except any I choose below: (나는 아래에서 선택한 치료를 제외한 모든 치료를 거부하거나 중단하여 자연스러운 죽음을 맞이하고 싶습니다:)
- a. _____ If I cannot get nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube/other medical means. (입으로 영양을 공급받을 수 없는 경우, 튜브나 기타 의료용 수단을 통해 영양을 공급받고 싶습니다.)
- b. _____ If I cannot drink fluids by mouth, I want to receive fluids by tube/other medical means. (입으로 액체를 마실 수 없는 경우, 튜브나 기타 의료용 수단을 통해 수액을 공급받고 싶습니다.)
- c. _____ If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator/respirator used. (호흡에 도움이 필요한 경우, 인공호흡기/호흡 보조기를 사용하고 싶습니다.)
- d. _____ If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used. [심장이나 맥박이 멈춘 경우, 심폐소생술(CPR)을 받고 싶습니다.]

Name: (이름:) _____

If I am in a state of permanent unconsciousness (an incurable or irreversible condition) in which my attending physician and another physician believe (and write in the medical record) that I am not expected to recover the ability to know who I am, who my friends and family are or where I am, this is my choice:
[내가 누구인지, 내 친구와 가족이 누구인지, 내가 어디에 있는지 알 수 있는 능력을 회복할 수 없을 것으로 판단하고 주치의와 다른 의사가 이를 의료 기록에 기록하는 **영구적 의식 불명 상태**(치료 불가능하거나 돌이킬 수 없는 상태)가 된 경우, 나는:]

1. _____ **I want to extend my life for as long as possible** using all treatments that the doctors believe are reasonable. Some examples are a machine that breathes for me (respirator/ventilator), feeding tubes, blood products, medications, and/or fluids given to me through an IV or treatments for chronic medical conditions. [의사들이 합리적이라고 믿는 모든 치료법을 사용하여 가능한 한 오랫동안 생명을 연장하고 싶습니다. 예를 들어, 호흡을 대신해주는 기계(호흡 보조기/인공 호흡기), 수액 튜브, 혈액제제, 약물 및/또는 정맥주사를 통해 투여되는 수액이나 만성 질환 치료제가 이에 해당합니다.]

OR (또는)

2. _____ **I want to allow my natural death** to occur by refusing or stopping all treatments except any I choose below: (나는 아래에서 선택한 치료를 제외한 모든 치료를 거부하거나 중단하여 자연스러운 죽음을 맞이하고 싶습니다.)
- a. _____ If I cannot get nutrition by mouth, I want to receive nutrition by tube/other medical means. (입으로 영양을 공급받을 수 없는 경우, 튜브나 기타 의료용 수단을 통해 영양을 공급받고 싶습니다.)
 - b. _____ If I cannot drink fluids by mouth, I want to receive fluids by tube/other medical means. (입으로 액체를 마실 수 없는 경우, 튜브나 기타 의료용 수단을 통해 수액을 공급받고 싶습니다.)
 - c. _____ If I need assistance to breathe, I want to have a ventilator/respirator used. (호흡에 도움이 필요한 경우, 인공호흡기/호흡 보조기를 사용하고 싶습니다.)
 - d. _____ If my heart or pulse has stopped, I want to have cardiopulmonary resuscitation (CPR) used. [심장이나 맥박이 멈춘 경우, 심폐소생술(CPR)을 받고 싶습니다.]

My additional preferences and wishes regarding my health care: (의료와 관련된 나의 추가적인 선호 사항 및 희망 사항:)

*Attach Additional pages about treatment preferences (signed and dated) as needed
[필요 시, 치료 선호 사항에 대한 추가 페이지(서명 및 날짜 표시)를 첨부합니다.]*

PART THREE: Binding Guidance for Health Care Agent
(3장: 의료 대리인을 위한 구속력 있는 지침)

When making health care decisions for me, my health care agent must think about what action would be consistent with past conversations we have had, my treatment decisions as expressed in PART TWO, my religious and other beliefs and values I hold, and how I have handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my health care agent should make decisions for me that he/she believes are in my best interest, considering the benefits, burdens, and risks of my current circumstances and treatment options.

(나를 대신하여 의료 결정을 내릴 때, 나의 의료 대리인은 과거에 우리가 나눈 대화, **2부**에서 설명한 나의 치료 결정, 내가 가진 종교 및 기타 신념과 가치관을 고려해야 하며, 과거에 내가 의료 및 기타 중요한 문제를 어떻게 다루었는지도 생각해야 합니다. 어떤 결정을 내려야 할지 여전히 확실치 않은 경우, 의료 대리인은 나의 현재 상황과 치료 옵션에 따른 혜택과 부담, 위험을 고려하여 나에게 최선의 이익이 된다고 판단되는 결정을 내려야 합니다.)

If I have appointed a health care agent who gives instructions that differ from my treatment preferences in PART TWO of this Advance Directive, then I direct that **(Initial only one of the following)**:

[내가 본 사전의료의향서 **2부**에 기재된 내 치료 선호 사항과 다른 지침을 제공하는 의료 대리인을 지정한 경우, 나는 (다음 중 하나만 이니셜로 표시)을/를 지시합니다.]

<p>(Initial) (이니셜) _____</p>	<p><u>Follow Advance Directive:</u> This Advance Directive will override instructions my Health Care Agent gives about prolonging my life. (사전의료의향서: 내 의료 대리인이 내 생명 연장을 위해 내린 지시보다 본 사전의료의향서가 우선합니다.)</p>
<p>(Initial) (이니셜) _____</p>	<p><u>Follow my Health Care Agent:</u> My Health Care Agent has authority to override this Advance Directive. (내 의료 대리인 따르기: 내 의료 대리인은 본 사전의료의향서를 무효화할 권한이 있습니다.)</p>

PART FOUR: Making this Advance Directive Complete and Legally Valid
(4부: 사전의료의향서를 완전하고 법적으로 유효하게 작성하기)

Sign and date (or acknowledge signing and dating) this form in the presence of two witnesses. Both witnesses must be emotionally and mentally capable and at least 18 years of age, but the witnesses do not have to be together or present with you when you sign this form.

[두 명의 증인이 지켜보는 가운데 이 양식에 서명하고 날짜를 기입(또는 서명 및 날짜를 기입했음을 인정)합니다. 두 증인 모두 정서적, 정신적 능력이 있고 만 18세 이상이어야 하지만, 이 양식에 서명할 때 증인이 함께 있거나 참석할 필요는 없습니다.]

A witness: (증인은)

- Cannot be a person who was selected to be your health care agent or back-up agent(s)
 (귀하의 의료 대리인이나 예비 대리인으로 선정된 사람이 될 수 없습니다.)

Name: (이름:) _____

- Cannot be a person who will gain financially from your death
(귀하의 사망으로 인해 금전적 이득을 얻을 수 있는 사람이어서는 안 됩니다.)
- Cannot be a person who is directly involved in your health care
(귀하의 건강 관리에 직접적으로 관여하는 사람이 될 수 없습니다.)

Only one of the witnesses may be an employee, agent or medical staff member of the hospital, skilled nursing facility, hospice or other health care facility in which you are receiving health care (but this witness cannot be directly involved in your health care).

[증인 중 한 명은 귀하가 건강 관리를 받고 있는 병원, 전문 간호 시설, 호스피스 또는 기타 의료 시설의 직원, 대리인 또는 의료진일 수 있습니다(단, 이 증인은 귀하의 건강 관리에 직접 관여할 수 없음).]

My Signature and Date (내 서명 및 날짜)

This form revokes any advance directive for health care, durable power of attorney for health care, health care proxy, or living will that I have completed before the date indicated beside my signature. This form does not revoke an advance directive for behavioral health treatment.

(이 양식으로 내 서명 옆에 표시된 날짜 이전에 작성된 모든 사전의료의향서, 영구의료위임장, 의료대리인위임장, 생전유언장이 취소됩니다. 이 양식으로 행동 건강 치료를 위한 사전의료의향서는 취소되지 않습니다.)

I am emotionally and mentally capable to make this advance directive and I understand its purpose and effect. I agree with everything written in this document and have completed this document of my free will.

(나는 사전의료의향서를 작성할 수 있는 정서적, 정신적 능력이 있으며, 그 목적과 효과를 이해합니다. 나는 이 문서에 기재된 모든 내용에 동의하며, 자유의사에 따라 이 문서를 작성했습니다.)

Signature (서명) _____ Date (날짜) _____

My Witnesses (나의 증인)

The maker of this Advance Directive signed this form in my presence or acknowledged signing this form to me. I believe this person to be emotionally and mentally capable of making this advance directive. I am at least 18 years old and I signed this form willingly and voluntarily.

(본 사전의료의향서 작성자는 내 앞에서 이 양식에 서명했거나 나에게 이 양식에 서명했음을 인정했습니다. 나는 이 사람이 사전의료의향서를 작성할 수 있는 정서적, 정신적 능력이 있다고 믿습니다. 나는 만 18세 이상이며 이 양식에 기꺼이 자발적으로 서명했습니다.)

Witness Number One: (증인 1:)

Signature (서명) _____ Date (날짜) _____

Printed Name of Witness [증인의 이름(정자체)] _____

Address (주소) _____

Witness Number Two: (증인 2:)

Signature (서명) _____ Date (날짜) _____

Printed Name of Witness [증인의 이름(정자체)] _____

Address (주소) _____

*****This form DOES NOT need to be notarized (이 양식은 공증이 필요하지 않습니다)*****