

의료를 위한 지속 위임장(DPOAHC)에 관한 질문 및 답변

의료를 위한 지속 위임장이란 무엇입니까?

귀하는 DPOAHC를 통해 의료 대리인을 지명하고, 귀하의 의료 진료에 대한 결정을 내리게 할 수 있습니다. 여기에는 귀하가 더 이상 스스로 말할 수 없게 된 경우에 생명 유지 장치 사용에 대한 결정도 포함됩니다.

의료 대리인은 어떻게 선정해야 합니까?

귀하가 귀하의 의료 대리인으로 임명하는 사람은 반드시 귀하의 소망을 이해하고, 그 소망을 존중하기로 동의하고, 다른 사람들이 귀하의 소망에 이의를 제기하더라도 귀하를 위해 의료 결정을 내릴 책임을 맡는 사람이어야 합니다.

귀하가 의료 대리인으로 지명하는 사람은:

- 최소한 18세이고 정신적으로 책임자이어야 합니다.
- 중대한 결정을 내리는, 귀하가 신뢰하는 가족 구성원이나 친한 친구일 수 있습니다.
- 배우자, 동거인, 또는 생물학적 가족 구성원일 필요는 없습니다.
- 워싱턴에 살아야 할 필요는 없지만 의학적 응급 상황에서 즉시 와줄 수 있어야 할 것입니다.

귀하가 귀하의 의료 대리인으로 임명하는 사람의 대상은:

- 담당의 또는 담당의의 직원이 될 수 없습니다.
- 귀하가 DPOAHC에 서명할 시점에 귀하가 환자로 있는 의료 시설의 소유주, 운영자, 관리자, 또는 직원이 될 수 없습니다.

본인이 의료 대리인을 선정하지 않으면 어떻게 됩니까?

귀하가 의료 대리인을 지정하지 않으면, 워싱턴 법에서 귀하를 위해 대리인을 선임합니다. 대리인은 아래의 목록에서 다음과 같은 순서로 선정됩니다.

- 법원이 임명한 경우, 의료 결정을 할 권한이 있는 후견인.
- 귀하의 배우자나 등록된 동거인 (별거 중이나 법적으로 이혼하지 않은 경우에도).
- 귀하의 성인 자녀.
- 귀하의 부모.
- 귀하의 성인 형제자매.

두 명 이상의 사람, 가령 귀하의 자녀들, 부모, 또는 형제자매가 권한을 부여받은 경우, 모두가 동의를 해야 합니다.

본인에게 동성 배우자 또는 동성 등록된 동거인이 있다면 어떻게 됩니까?

귀하의 동거인이나 배우자는 워싱턴 주 밖의 응급 의료 상황에서 귀하의 의료 결정을 내리거나 심지어는 귀하에게 접근할 권리가 없을 수도 있습니다. 워싱턴 주 밖의 지역을 여행할 때 당해 배우자/동거인이 귀하를 위해 의료 결정을 내리게 하기를 원하면, DPOAHC 서식에 귀하의 의료 대리인으로서 동거인 또는 배우자를 기입하십시오.

법원이 본인을 위해 후견인을 임명하면 어떻게 됩니까?

워싱턴 법은 의료 대리인은 법원이 맨 먼저 선정하는 후견인이어야 한다고 명령하지 않습니다. 귀하의 의료 대리인들 중 한 명은 귀하의 후견인의 역할을 하도록 요청하는 것이 타당한데, 왜냐하면 그 사람이 귀하가 신뢰하는 사람이기 때문입니다. 판사가 귀하가 요청하는 사람을 임명해야 하는 것은 아니지만, 법원은 아마도 귀하의 소망을 진지하게 고려할 것입니다.

본인은 본인의 DPOAHC를 어떻게 철회하거나 취소할 수 있습니까?

귀하는 다음 중 한 가지를 실행하여 언제든지 귀하의 DPOAHC를 철회할 수 있습니다.

- 그것을 취소, 훼손, 말소, 소각, 찢기, 또는 여타 물리적인 방법으로 파괴하거나 다른 사람이 귀하가 보는 앞에서 귀하를 대신하여 파괴하게 함으로써. 모든 사본을 파괴해야 합니다.
- 날짜가 기입된 서면 철회서를 작성함으로써.
- 철회하겠다는 귀하의 의향을 구두로 표명함으로써.

본인은 본인의 DPOAHC를 어디에 보관해야 합니까?

서명한 원본 문서는 안전하지만 귀하의 대리인이 알고 있고 접근 가능한 장소에 보관하십시오. 귀하의 DPOAHC 사본은 원본과 똑같이 유효합니다. 서명한 원본의 사본을 의료 대리인(들), 의사(들), 변호사, 가족, 친한 친구, 성직자, 그리고 그 외 귀하의 의료에 관여하게 될 수도 있는 사람에게 제공하십시오. 귀하가 요양원이나 병원에 입원하는 경우, 귀하의 문서 사본들을 귀하의 의료 기록에 넣어 보관하십시오. 귀하의 DPOAHC를 사용할 수 있도록 만전을 기하기 위해, 귀하는 사본을 지갑/작은 지갑, 자동차, 또는 여행가방에 보관하기를 원할 수도 있습니다.

본인이 변경하기를 원하면 어떻게 해야 합니까?

귀하의 문서에 귀하가 서명한 후에 귀하가 변경을 하기를 원하면, 귀하는 새로운 문서를 작성해야 합니다. 하지만, 주소나 전화번호를 업데이트하는 것은 허용됩니다. 업데이트는 이름 첫 글자로 서명하고 날짜 기입이 되어야 합니다.

본인이 다른 주로 여행할 때에는 어떻게 됩니까?

귀하가 여행을 하는 경우, 다른 주에서 DPOAHC 유효성을 인정할 수 있으므로, 귀하는 귀하의 DPOAHC 사본을 가져가기를 원할 수 있습니다. 다른 주에서는 공증이나 증인 서명에 대해 특정한 요건이 있을 수 있지만, 대부분의 주에서는 특정한 서식이나 형식을 요구하지 않습니다.

본인은 본인의 DPOAHC에 증인 서명 또는 공증을 받아야 합니까?

2017년 1월 1일부터, DPOAHC가 법적으로 구속력을 가지려면 2명의 증인의 서명 또는 공증을 받아야 합니다.

증인은:

- 최소한 18세 이상이어야 합니다.
- 귀하와 혈통, 결혼 또는 입양으로 맺어진 관계가 아니어야 합니다.
- 이 문서에서 지명된 귀하의 의료 대리인이 아니어야 합니다.
- 그들 증인이 아는 한, 귀하의 유언장의 수혜자가 아니어야 하고, 귀하의 재산에 대해 어떤 청구권도 없어야 합니다.
- 귀하의 의료에 직접적으로 연관되지 않아야 합니다.
- 귀하의 담당의의 직원도 아니어야 하고 귀하가 상주할 수 있는 의료 시설의 직원도 아니어야 합니다.

2017년 1월 1일 이전에 작성된 DPOAHC는 그 버전이 작성 시점에 워싱턴 주 법을 준수하는 한 법적으로 유효합니다. 또한, 일부 주에서는 DPOAHC에 공증을 받아야 합니다. Fred Hutchinson Cancer Center 는 클리닉 3층에 있는 환자 및 가족 자원 센터에서 사전 진료 계획 서류의 무료 공증을 제공합니다.

(귀하의 이름을 여기에 인쇄체로 기입)

이 문서는, 본인이 스스로 말할 수 없게 된 경우, 본인의 의료 대리인에게 통보하고 안내하기 위한 것입니다. 본인은 본인이 본 지시서에 서명하기 전에, 본 지시서의 문언을 추가, 삭제, 또는 달리 변경할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 본 지시서의 문언을 언제든지 추가하거나 삭제할 수 있으며, 그러한 변경사항은 법적으로 유효하도록 위싱턴 주 법 또는 연방 헌법에 부합해야 한다. 본인은 이로써 본인이 이전에 서명한 모든 의료 위임장을 취소하는 바입니다.

1. 본인이 이 문서를 적용하기를 원하는 경우

본인은 장애 또는 무능력으로 인해 본인 스스로 의료 결정(들)을 내릴 수 없게 된 경우 이 문서를 적용하기를 원합니다. 본인은 그러한 무능력이 일시적일 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 또한 본인은 본인이 특정한 결정을 내릴 수 없게 된 경우, 그럼에도 불구하고 본인이 다른 결정을 내릴 수 있다는 것도 알고 있습니다. 본인이 스스로 의료 결정을 내릴 수 있을 때, 본인은 그렇게 하기를 원합니다.

2. 본인의 의료 대리인

본인은 다음 사람을 본인의 대리인으로 지정합니다.

본인의 대체 대리인 (선택):

이름 _____
주소 _____
전화번호 _____

이름 _____
주소 _____
전화번호 _____

본인은 이전에 다음을 작성했습니다 {해당 사항에 모두 이름 첫 글자로 서명}.

의료 지시서 (예: 사망 선택 유언장, 사전 의료지시서) _____ 예 _____ 아니요

의사와 함께 작성하는 연명 치료 지시서(POLST) _____ 예 _____ 아니요

3. 본인이 본인의 대리인에게 부여한 권한

본인은 대리인에게 본인에 대한 의료에 대하여 모든 결정을 내릴 완전한 권한을 허여합니다. 여기에는 다음과 같은 권한이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

- 연명 치료를 포함하여, 본인의 담당의가 권장하는 의학적 치료에 대해 동의하고, 동의를 거부하고, 동의를 철회할 권한;
- 특정한 의학적 치료를 요청할 권한;
- 본인에 대한 의료 기록 및 정보에 접근할 권한;
- 의료서비스 제공자를 고용하고 해고할 권한;
- 본인의 의료 보험회사를 변경할 권한;
- 본인을 위해 의사와 함께 작성하는 연명 치료 지시서(POLST)를 작성할 권한;
- 본인을 의료 시설에서 다른 시설, 자택, 또는 여타 장소로 옮길 권한.

이 정보 공개 권한은 이후 개정된 1996년의 건강 보험 이전 및 회계법(HIPAA: Health Insurance Portability and Accounting Act)에 의해 규율되는 정보에 추가로 적용됩니다.

4. 법원이 본인을 위해 후견인을 임명하는 경우

본인이 의료 대리인을 지명했다면, 본인은 본인의 대리인이 본인의 후견인이 되기를 원합니다. 만약 본인의 대리인이 그렇게 될 수 없다면, 본인은 본인의 대체 대리인이 본인의 후견인이 되기를 원합니다. 법원이 다른 누군가를 임명하기로 결정하면, 본인이 본인을 위해 행동해야 하는 경우 본인은 법원에 요구에 따라 당해 후견인이 본인의 동의를 필요한 모든 의료 결정에 관해 본인의 대리인(또는 대체 대리인)과 상의하도록 요청합니다.

5. 이 지시서가 철회되거나 취소될 수 있는 방법

이 지시서는 그런 취지의 서면 진술서에 의해, 또는 철회할 의향을 달리 표명함에 의해 철회될 수 있습니다. 하지만, 본인이 본인을 위해 결정된 특정한 결정에 불찬성을 표명하는 경우, 그 불찬성 만으로는 본 문서를 철회하는 것이 되지 않습니다.

TEAM

NAME _____ 여기에 EPIC 라벨을 부착하십시오. [M]

PT NO _____ [F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



6. 요약 및 서명

본인은 본 문서가 무엇을 의미하는지 알고 있습니다. 본인이 본인 자신에 대한 의료 결정을 내릴 수 없는 경우에, 본인은 본인의 대리인에게 본인을 대신하여 의료 결정을 내리라고 지시하는 것입니다. 본인은 본인의 자유 의지로 본 문서를 작성하며, 본인에게 그렇게 할 수 있는 정신적 및 감정적 능력이 있다고 생각합니다. 본인은 본인이 무능력해지더라도 본 문서가 시행되기를 원합니다.

서명 {증인이 입회 서명하는 경우에는 증인 2명이 입회한 경우에만, 또는 공증하는 경우에는 공증인이 입회한 경우에만 서명}

날짜

유의: 본 문서가 법적 구속력을 가지려면 귀하는 제7조(증인 진술) 또는 제8조(공증)를 완료해야 합니다.

7. 증인 진술 {아래 줄에, 귀하의 증인의 이름이 아닌, 귀하의 이름을 인쇄체로 기입}

(는)은 개인적으로 본인과 아는 사이이며, 본인은 그 사람이 의료 결정을 내릴 수 있다고 생각합니다. 본인은 최소한 18세이며, 그 사람과 혈통, 결혼, 또는 입양에 의해 맺어진 관계가 있지 않으며, 본 문서에서 지명된 그 사람의 의료 대리인이 아니라는 것을 단언하는 바입니다. 본인이 아는 한 본인은 그 사람의 유언장의 수혜자도 아니며 그 유언장에 추가된 자도 아니고, 본인은 그 사람의 재산에 대해 청구권이 없습니다. 본인은 그 사람의 의료에 직접적으로 연관이 없으며, 본인은 그 사람의 담당의의 직원도 아니고 본 문서를 작성하는 사람이 상주할 수 있는 의료 시설의 직원도 아닙니다.

증인 1

증인 2

서명 _____ 날짜 _____
인쇄체 이름 _____ 전화번호 _____
주소 _____

서명 _____ 날짜 _____
인쇄체 이름 _____ 전화번호 _____
주소 _____

6. 공증

워싱턴 주, _____ 카운티

본인은 _____ (이)가

본 문서에서 언급된 용도와 목적을 위해 본 문서에 서명했고 이것이 그 사람의 자유롭고 자발적인 행동임을 인정한 만족할 만한 증거를 알고 있거나 가지고 있다는 것을 증명하는 바입니다.

날짜: 20__ 년 _____ (월) _____ (일)

워싱턴 주 공증인

거주지: _____

본인이 위임받은 공증 임무는 _____에 만료됩니다.

유의: Fred Hutch는 클리닉 3층에 있는 환자 및 가족 자원 센터에서 DPOAHC 서류의 무료 공증을 제공합니다.

TEAM

NAME _____ [M]
여기에 EPIC 라벨을 부착하십시오.

PT NO _____ [F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine

