

Health Care Proxy

Appointing Your Health Care Agent in New York State

뉴욕주에서 의료결정대리인을 선임하기

The New York Health Care Proxy Law allows you to appoint someone you trust — for example, a family member or close friend – to make health care decisions for you if you lose the ability to make decisions yourself. By appointing a health care agent, you can make sure that health care providers follow your wishes. Your agent can also decide how your wishes apply as your medical condition changes. Hospitals, doctors and other health care providers must follow your agent's decisions as if they were your own. You may give the person you select as your health care agent as little or as much authority as you want. You may allow your agent to make all health care decisions or only certain ones. You may also give your agent instructions that he or she has to follow. This form can also be used to document your wishes or instructions with regard to organ and/or tissue donation.

뉴욕 Health Care Proxy 법은 가족이나 친한 친구 등 당신이 신뢰할 만한 사람으로서 당신이 스스로 결정내릴 능력을 상실했을 때 당신을 위해 보건의료 의사결정을 내릴 누군가를 지정하는 것을 허용합니다. 의료결정대리인을 선임함으로써 의사가 당신의 의사 를 보다 잘 따르도록 할 수 있습니다. 당신의 대리인은 의료 환경이 변화했을 때 당신의 의사가 반영될 수 있는 환경을 결정할 수 있습니다. 병원 의사 및 다른 의료 제공자들은 대리인의 결정을 당신의 결정처럼 따라야 합니다. 당신은 의료결정대리인의 권한을 적게 줄지 아니면 많이 줄지 당신이 원하는 만큼 결정할 수 있습니다. 당신은 대리인이 모든 종류의 보건의료 관련 의사결정을 내리도록 할지 아니면 특정 종류만 내릴 수 있도록 할지 선택할 수 있습니다. 본 서류는 당신의 의향이 서류화된 것으로서나, 혹은 장기나 조직 기증 관련 지침으로도 활용될 수 있습니다.

About the Health Care Proxy Form

의료결정대리인 위임서

This is an important legal document. Before signing, you should understand the following facts:

본 서류는 중요한 법적 서류입니다. 서명하시기 전, 당신은 다음의 사항들을 이해하고 있어야 합니다.

1. This form gives the person you choose as your agent the authority to make all health care decisions for you, including the decision to remove or provide life-sustaining treatment, unless you say otherwise in this form. "Health care" means any treatment, service or procedure to diagnose or treat your physical or mental condition.

본 위임서는 당신이 선택한 사람에게 당신을 위해 보건의료 의사결정을 내릴 대리인으로서의 권한을 줍니다. 당신이 본 위임서에 달리 언급하지 않는 한 연명치료를 제공하거나 제거하는 결정을 포함합니다. '보건의료'는 어떤 치료나 서비스, 혹은 당신의 신체적 정신적 조건을 진단, 치료하기 위한 절차를 의미합니다.

2. Unless your agent reasonably knows your wishes about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by a feeding tube or intravenous line), he or she will not be allowed to refuse or consent to those measures for you.

당신의 대리인이 인공 영양이나 수액 공급에 관한 당신의 의향을 합리적으로 알지 않는 한 그/그녀가 인공 영양, 수액 등의 조치를 거부하거나 동의하는 것은 허락되지 않습니다.

3. Your agent will start making decisions for you when your doctor determines that you are not able to make health care decisions for yourself.

당신의 대리인은 당신의 주치의가 당신이 의료에 관한 의사결정을 스스로 내릴 수 없다고 판단할 때부터 결정을 내리기 시작합니다.

4. You may write on this form examples of the types of treatments that you would not desire and/or those treatments that you want to make sure you receive. The instructions may be used to limit the decision-making power of the agent. Your agent must follow your instructions when making decisions for you.

당신은 당신이 바라지 않는 특정 종류의 치료와 반길 바라는 특정 종류의 치료를 적을 수 있습니다. 이 지침은 대리인의 의사 결정 권한을 제한하는 데에 활용될 수 있습니다. 당신의 대리인은 당신을 위해 의사결정할 때 당신의 지침을 따라야 합니다.

5. You do not need a lawyer to fill out this form.

본 위임서를 작성하는 데에 변호사가 필요치는 않습니다.

6. You may choose any adult (18 years of age or older), including a family member or close friend, to be your agent. If you select a doctor as your agent, he or she will have to choose between acting as your agent or as your attending doctor because a doctor cannot do both at the same time. Also, if you are a patient or resident of a hospital, nursing home or mental hygiene facility, there are special restrictions about naming someone who works for that facility as your agent. Ask staff at the facility to explain those restrictions.

당신은 가족이나 가까운 친구를 포함한 성인(18 세 혹은 그 이상)을 대리인으로 선임할 수 있습니다. 만약 당신이 의사를 대리인으로 선임하면 그/그녀는 대리인의 역할을 수행할지 아니면 주치의의 역할을 수행할지 선택해야 합니다. 의사는 두 가지 역할을 동시에 할 수 없기 때문입니다. 또한 만약 당신이 병원이나 간호원 정신위생병동에 있는 환자거나 거주자일 경우 병동 직원을 대리인으로 선임하는 데에 특별한 제한이 따릅니다. 어떤 제한이 있는지 병동 스텝에게 물어보십시오.

7. Before appointing someone as your health care agent, discuss it with him or her to make sure that he or she is willing to act as your agent. Tell the person you choose that he or she will be your health care agent. Discuss your health care wishes and this form with your agent. Be sure to give him or her a signed copy. Your agent cannot be sued for health care decisions made in good faith.

누군가를 의료결정대리인으로 선임하기 전에 그/그녀와 상의하여 그/그녀가 당신의 대리인의 역할을 수행할 의사가 있는지 확인해야 합니다. 당신이 선택한 사람에게 그/그녀가 의료결정대리인이 될 거라는 점을 알려십시오. 당신의 의료 관련 의향과 본 위임서를 당신의 대리인과 상의하십시오. 그/그녀에게 서명한 사본으로 전달해야 합니다. 좋은 신념으로 행한 의사 결정 때문에 당신의 대리인이 소송당하지 않아야 합니다.

8. If you have named your spouse as your health care agent and you later become divorced or legally separated, your former spouse can no longer be your agent by law, unless you state otherwise. If you would like your former spouse to remain your agent, you may note this on your current form and date it or complete a new form naming your former spouse.

만약 당신의 배우자를 의료결정대리인으로 선임하고 이후 이혼하거나 법적으로 별거하게 되었을 경우 전 배우자는 당신이 달리 언급하지 않는 한 더 이상 법적으로 당신의 대리인 자격을 갖지 않게 됩니다. 만약 당신의 전 배우자를 대리인으로 남겨놓고 싶다면 현재 위임장에 이를 기재하고 날짜를 함께 적거나 전 배우자를 기재한 새로운 위임장을 완성하십시오.

9. Even though you have signed this form, you have the right to make health care decisions for yourself as long as you are able to do so, and treatment cannot be given to you or stopped if you object, nor will your agent have any power to object.

본 위임장에 서명했다라도 당신이 결정능력이 있는 한 당신 자신을 위한 의료 결정을 내릴 권리가 있습니다. 그리고 당신이 반대하거나 대리인이 반대할 능력을 갖고 있지 않으면 새로이 치료를 시작하거나 기존의 치료를 중단할 수 없습니다.

10. You may cancel the authority given to your agent by telling him or her or your health care provider orally or in writing.

당신은 당신의 대리인에게 준 권한을 그/그녀 혹은 당신의 의사에게 구도로 혹은 서면으로 취소할 수 있습니다.

11. Appointing a health care agent is voluntary. No one can require you to appoint one.

대리인 선임은 자발적으로 이루어집니다. 누구도 당신에게 대리인을 선임할 것을 요구할 수 없습니다.

12. You may express your wishes or instructions regarding organ and/or tissue donation on this form.

당신은 본 위임장에 장기 혹은 조직 기증 관련 의향이나 지침을 표현할 수 있습니다.

Frequently Asked Questions

자주 묻는 질문

Why should I choose a health care agent?

왜 나는 의료대리인을 선임해야 하는가?

If you become unable, even temporarily, to make health care decisions, someone else must decide for you. Health care providers often look to family members for guidance. Family members may

express what they think your wishes are related to a particular treatment. However, in New York State, only a health care agent you appoint has the legal authority to make treatment decisions if you are unable to decide for yourself. Appointing an agent lets you control your medical treatment by:

만약 당신이 의료 결정을 일시적으로도 내릴 수 없게 된다면 다른 누군가가 당신을 위해 결정해야 합니다. 의료제공자는 통상 가족들에게 의사를 구합니다. 가족들은 특정 치료에 대한 당신의 의향이 그들이 생각하기에는 무엇인지 말할 수 있습니다. 그러나 뉴욕주에서는 당신이 자기 자신을 위해 결정할 수 없는 경우 의료결정대리인만이 치료 결정을 내릴 법적 권한을 지닙니다. 대리인 선임은 당신의 의학적 치료를 다음과 같이 통제할 수 있게 합니다.

- allowing your agent to make health care decisions on your behalf as you would want them decided;

당신이 결정내리도록 원하는 만큼 대리인이 당신의 의사에 따라 의료 결정을 내리게 합니다.

- choosing one person to make health care decisions because you think that person would make the best decisions;

그 사람이 가장 잘 결정을 내릴 수 있다고 당신이 생각하기 때문에 그 사람을 의료결정을 내리는 이로 선택합니다.

- choosing one person to avoid conflict or confusion among family members and/or significant others.

가족 구성원이나 중요한 이들 중 갈등이나 혼동을 피할 수 있는 개인을 선택합니다.

You may also appoint an alternate agent to take over if your first choice cannot make decisions for you.

당신은 1 차 선임 대리인이 당신을 위해 의사결정을 내릴 수 없는 경우 대신할 대리인을 선임할 수 있습니다.

Who can be a health care agent?

누가 의료결정대리인이 됩니까?

Anyone 18 years of age or older can be a health care agent. The person you are appointing as your agent or your alternate agent cannot sign as a witness on your Health Care Proxy form.

18 세 이상의 누구라도 의료결정대리인이 될 수 있습니다. 당신이 대리인으로 혹은 2 차 대리인으로 선임하는 이는 당신의 의료위임장 서명의 증인이 될 수 없습니다.

How do I appoint a health care agent?

어떻게 의료대리인을 선임합니까?

All competent adults, 18 years of age or older, can appoint a health care agent by signing a form called a Health Care Proxy. You don't need a lawyer or a notary, just two adult witnesses. Your agent cannot sign as a witness. You can use the form printed here, but you don't have to use this form.

18 세 이상 모든 자격 있는 성인은 의료위임장에 서명함으로써 의료결정대리인을 선임할 수 있습니다. 당신은 변호사나 공증인을 필요로 하지 않으며 단지 두 명의 성인 증인을 필요로 합니다. 당신의 대리인은 서명의 증인이 될 수 없습니다. 당신은 여기 첨부된 위임장 형식을 사용할 수 있으나 이 형식만을 사용할 필요는 없습니다.

When would my health care agent begin to make health care decisions for me?

언제 내 의료결정대리인이 나를 위해 의료 결정을 내리게 됩니까?

Your health care agent would begin to make health care decisions after your doctor decides that you are not able to make your own health care decisions. As long as you are able to make health care decisions for yourself, you will have the right to do so.

당신의 의료결정대리인은 당신의 의사가 당신이 더 이상 자신의 의료 의사결정을 내릴 수 없다고 판정내린 후에 결정내리기 시작할 수 있습니다. 당신이 자기 자신의 의료결정을 내릴 수 있는 한 당신은 결정을 내릴 권리가 있습니다.

What decisions can my health care agent make?

내 의료결정대리인은 어떤 결정을 내릴 수 있습니까?

Unless you limit your health care agent's authority, your agent will be able to make any health care decision that you could have made if you were able to decide for yourself. Your agent can agree that you should receive treatment, choose among different treatments and decide that treatments should not be provided, in accordance with your wishes and interests. However, your agent can only make decisions about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by feeding tube or intravenous line) if he or she knows your wishes from what you have said or what you have written. The Health Care Proxy form does not give your agent the power to make non-health care decisions for you, such as financial decisions.

당신의 의료결정대리인의 권한을 제한하지 않는 한 당신의 대리인은 당신이 결정할 수 있는 모든 종류의 의료에 관한 의사결정을 내릴 수 있습니다. 당신의 대리인은 당신의 의향과 이해에 따라 당신이 치료를 받아야 하는지, 서로 다른 치료 중 무엇을 선택하고 무슨 치료를 받지 않아야 하는지를 결정합니다. 그러나 만약 당신의 대리인이 당신이 구두로 혹은 문서로 남긴 의사를 알고 있다면 인공 영양이나 수액 주입에 관한 결정만 내릴 수 있습니다. 의료위임장은 당신의 대리인에게 금전적 결정 등 의료와 관련없는 의사결정을 내릴 권한을 주지 않습니다.

Why do I need to appoint a health care agent if I'm young and healthy?

현재 젊고 건강한데 의료결정대리인을 선임해야 할 이유가 있습니까?

Appointing a health care agent is a good idea even though you are not elderly or terminally ill. A health care agent can act on your behalf if you become even temporarily unable to make your own health care decisions (such as might occur if you are under general anesthesia or have become comatose because of an accident). When you again become able to make your own health care decisions, your health care agent will no longer be authorized to act.

당신이 늙거나 말기 상태가 아니더라도 의료결정대리인 선임은 좋은 방법입니다. 의료결정대리인은 당신이 스스로 의료 의사결정을 잠시라도 내릴 수 없을 때 당신의 의향에 따라 이행할 수 있습니다.(일반 마취나 사고로 의식을 잃었을 경우) 당신이 다시 스스로 의료에 관한 의사결정을 내릴 수 있게 되면 당신의 대리인은 더 이상 이행할 권한이 없습니다.

How will my health care agent make decisions?

나의 의료결정대리인은 어떻게 결정을 내리게 됩니까?

Your agent must follow your wishes, as well as your moral and religious beliefs. You may write instructions on your Health Care Proxy form or simply discuss them with your agent.

당신의 대리인은 당신의 도덕적 종교적 신념과 당신의 의향을 따라야 합니다. 당신은 의료위임장에 지침을 적어도 되고 당신의 대리인과 간략히 상의해도 좋습니다.

How will my health care agent know my wishes?

나의 의료결정대리인은 나의 의향을 어떻게 알게 됩니까?

Having an open and frank discussion about your wishes with your health care agent will put him or her in a better position to serve your interests. If your agent does not know your wishes or beliefs, your agent is legally required to act in your best interest. Because this is a major responsibility for the person you appoint as your health care agent, you should have a discussion with the person about what types of treatments you would or would not want under different types of circumstances, such as:

당신의 의향에 관하여 당신의 대리인과 개방적이고 솔직한 논의를 나누는 건 그/그녀가 당신의 이해를 보다 잘 수행토록 할 것입니다. 만약 당신의 대리인이 당신의 의향 혹은 신념을 모른다면 당신의 대리인은 보통 당신에게 최선의 이익(best interest)에 따라 행동할 것을 법적으로 요구받습니다. 당신이 의료결정대리인으로 선임한 사람의 주요 임무이기 때문에, 당신은 당신이 각기 다른 환경 아래 어떤 종류의 치료를 원하거나 원하지 않는지 논의해야 합니다. 가령 다음과 같습니다:

- whether you would want life support initiated/ continued/removed if you are in a permanent coma;

당신이 영구적 코마 상태에 놓였을 때 연명치료를 시작하길 원하는지/지속하길 원하는지/제거하길 원하는지

- whether you would want treatments initiated/ continued/removed if you have a terminal illness;

당신이 말기 상태가 되었을 때 치료를 시작하길 원하는지/지속하길 원하는지/더 이상 받지 않길 원하는지

- whether you would want artificial nutrition and hydration initiated/withheld or continued or withdrawn and under what types of circumstances.

어떤 종류의 조건에서 인공영양이나 수액 치료를 받기 시작하길 원하는지/지속하거나 제거하길 원하는지

Can my health care agent overrule my wishes or prior treatment instructions?

나의 의료결정대리인이 나의 의향 혹은 우선 치료 지침을 기각할 수 있습니까?

No. Your agent is obligated to make decisions based on your wishes. If you clearly expressed particular wishes, or gave particular treatment instructions, your agent has a duty to follow those wishes or instructions unless he or she has a good faith basis for believing that your wishes changed or do not apply to the circumstances.

아닙니다. 당신의 대리인은 당신의 의향에 기초하여 의사결정을 내릴 의무가 있습니다. 만약 당신이 명백히 특정 의향을 표현하거나 특정 치료 지침을 주었다면 당신의 대리인은 당신의 의향과 지침을 따를 의무가 있습니다. 만약 그/그녀가 당신의 의향이 바뀌었거나 조건에 해당되지 않는다고 믿는 것을 기반으로 좋은 신념을 보인다면 다를 수 있습니다.

Who will pay attention to my agent?

누가 나의 대리인에게 주의를 기울입니까?

All hospitals, nursing homes, doctors and other health care providers are legally required to provide your health care agent with the same information that would be provided to you and to honor the decisions by your agent as if they were made by you. If a hospital or nursing home objects to some treatment options (such as removing certain treatment) they must tell you or your agent BEFORE or upon admission, if reasonably possible.

모든 병원, 간호원, 의사 및 다른 의료제공자들은 법적으로 당신의 대리인에게 당신에게 제공했을 종류의 정보를 제공해야 하고 당신이 내렸을 결정처럼 당신 대리인의 결정을 존중해야 합니다. 만약 병원 혹은 간호원이 결정을 거부한다면 그들은 당신 혹은 당신 대리인에게 결정 내리기 이전에 얘기해야 합니다.

What if my health care agent is not available when decisions must be made?

결정이 필요할 때 당신의 의료결정대리인이 없다면 어떻게 합니까?

You may appoint an alternate agent to decide for you if your health care agent is unavailable, unable or unwilling to act when decisions must be made. Otherwise, health care providers will make health care decisions for you that follow instructions you gave while you were still able to do so. Any instructions that you write on your Health Care Proxy form will guide health care providers under these circumstances.

만약 당신의 의료결정대리인이 없거나 결정을 내리기 불가능하거나 원치 않는다면 대신할 의료결정대리인을 선임할 수 있습니다. 그렇지 않다면 당신의 의료공급자는 당신이 의사결정을 내릴 수 있을 때 준 지침에 따라 의료에 관한 결정을 내릴 것입니다. 의료위임장에 적은 지침은 이러한 상황에서 의료공급자를 안내할 것입니다.

What if I change my mind?

내가 마음이 변하면 어떻게 합니까?

It is easy to cancel your Health Care Proxy, to change the person you have chosen as your health care agent or to change any instructions or limitations you have included on the form. Simply fill out a new form. In addition, you may indicate that your Health Care Proxy expires on a specified date or if certain events occur. Otherwise, the Health Care Proxy will be valid indefinitely.

의료위임장을 취소하는 것은 쉬우며, 의료결정대리인으로 선임될 사람을 바꾸거나 당신이 위임장이 기재한 지침이나 제한을 변화시키는 것도 쉽습니다. 새로운 위임장을 작성하면 됩니다. 추가로, 당신은 의료위임장이 특정 날짜나 특정 사건이 벌어지면 유효기간이 만료된다고 지시해둘 수 있습니다. 그렇지 않다면 의료위임장은 제한없이 유효합니다.

If you choose your spouse as your health care agent or as your alternate, and you get divorced or legally separated, the appointment is automatically cancelled. However, if you would like your former spouse to remain your agent, you may note this on your current form and date it or complete a new form naming your former spouse.

만약 당신이 배우자를 의료결정대리인 혹은 2 차 대리인으로 지정했는데 이혼하거나 법적으로 별거한다면 약속은 자동적으로 취소됩니다. 그러나, 만약 당신이 전 배우자를 당신의 대리인으로 남겨놓고 싶다면 당신은 현재 위임장에 이를 날짜와 함께 기재하거나 당신의 전 배우자를 지명한 새로운 위임장을 작성할 수 있습니다.

Can my health care agent be legally liable for decisions made on my behalf?

나의 의료결정대리인에게 나의 의향에 기초한 결정에 관하여 법적으로 책임이 물어질 수 있습니까?

No. Your health care agent will not be liable for health care decisions made in good faith on your behalf. Also, he or she cannot be held liable for costs of your care, just because he or she is your agent.

아닙니다. 당신의 대리인은 당신의 의향에 기초하여 내린 결정에 대해 법적 책임을 가질 수 없습니다. 또한 그/그녀는 당신의 대리인이라는 이유만으로 당신의 치료 비용에 대한 책임을 갖지 않습니다.

Is a Health Care Proxy the same as a living will?

의료위임장은 '사망 선택 유언(living will)'과 같은 것입니까?

No. A living will is a document that provides specific instructions about health care decisions. You may put such instructions on your Health Care Proxy form. The Health Care Proxy allows you to choose someone you trust to make health care decisions on your behalf. Unlike a living will, a Health Care Proxy does not require that you know in advance all the decisions that may arise. Instead, your health care agent can interpret your wishes as medical circumstances change and can make decisions you could not have known would have to be made.

아닙니다. 사망선택유언은 의료결정에 관한 특정 지침을 제공하는 서류입니다. 당신은 당신의 의료위임장에 이러한 특정 지침을 삽입할 수 있습니다. 의료위임장은 당신이 신뢰하는 누군가를 선택하여 당신의 의도에 따라 의료 결정을 내리도록 하는 것입니다. 사망선택유언과 달리, 의료위임장은 추후 있을 모든 의사 결정을 당신이 알 것을 필요로 하지 않습니다. 그 대신, 의료결정대리인은 의학적 조건의 변화에 따라 당신의 의향을 해석하고 당신이 몰랐을 결정을 내릴 수 있습니다.

Where should I keep my Health Care Proxy form after it is signed?

작성한 위임장은 어떻게 보관해야합니까?

Give a copy to your agent, your doctor, your attorney and any other family members or close friends you want. Keep a copy in your wallet or purse or with other important papers, but not in a location where no one can access it, like a safe deposit box. Bring a copy if you are admitted to the hospital, even for minor surgery, or if you undergo outpatient surgery.

대리인, 변호사나 가족 및 친구 중 주고싶은 사람에게 사본을 주십시오. 다른 중요 서류와 함께 가방이나 지갑에 사본을 보관하되 아무도 접근할 수 없는 곳에 두어서는 안됩니다. 병원의 허락 아래, 작은 수술이나 외래 수술시 사본을 가지고 가십시오.

May I use the Health Care Proxy form to express my wishes about organ and/or tissue donation?

위임장에 장기기증에 관해 명시할 수 있습니까?

Yes. Use the optional organ and tissue donation section on the Health Care Proxy form and be sure to have the section witnessed by two people. You may specify that your organs and/or tissues be used for transplantation, research or educational purposes. Any limitation(s) associated with your wishes should be noted in this section of the proxy. **Failure to include your wishes and instructions on your Health Care Proxy form will not be taken to mean that you do not want to be an organ and/ or tissue donor.**

그렇습니다. 장기, 조직 기증란을 이용하고 2 인의 증인이 반드시 있어야합니다. 당신은 이식, 연구, 교육 목적 중에 특정하여 기증할 수 있습니다. 기증에 관한 어떤 제한 사항도 서식에 기입될 수 있습니다. 만약 장기기증에 관한 의사를 빠뜨리더라도 그것이 곧 당신이 장기기증의 의사가 없음을 의미하지는 않습니다.

Can my health care agent make decisions for me about organ and/or tissue donation?

대리인이 장기기증에 관해서도 결정할 수 있습니까?

Yes. As of August 26, 2009, your health care agent is authorized to make decisions after your death, but only those regarding organ and/or tissue donation. Your health care agent must make such decisions as noted on your Health Care Proxy form.

그렇습니다. 2009 년 8 월 26 일 이후로, 대리인이 장기기증에 관해서만 사후 결정을 할 수 있도록 권한이 부여되었습니다. 의료위임장에 적힌 바에 따라 대리인은 결정을 내릴 수 있습니다.

Who can consent to a donation if I choose not to state my wishes at this time?

만약 장기기증에 관해 나의 의사를 적지 않기로 했을 경우, 누가 기증에 동의할 수 있습니까?

It is important to note your wishes about organ and/or tissue donation to your health care agent, the person designated as your decedent's agent, if one has been appointed, and your family members. New York Law provides a list of individuals who are authorized to consent to organ and/or tissue

donation on your behalf. They are listed in order of priority: your health care agent; your decedent's agent; your spouse, if you are not legally separated, or your domestic partner; a son or daughter 18 years of age or older; either of your parents; a brother or sister 18 years of age or older; or a guardian appointed by a court prior to the donor's death.

당신의 대리인에게 기증에 관한 의사를 주지시키는 것이 중요합니다. 뉴욕법은 당신의 승인 아래 장기기증에 관한 동의 권한을 가질 수 있는 사람들의 목록을 제공하고 있습니다. 우선순위는 의료결정 대리인 유언집행인 배우자 (법적으로 이혼했을 경우에는 파트너), 18 세 이상의 자녀, 부모, 18 세 이상의 형제자매, 생전에 법으로 지정된 후견인 순입니다.

Health Care Proxy Form Instructions

의료위임장 작성 안내

Item (1)

항목(1)

Write the name, home address and telephone number of the person you are selecting as your agent.

대리인으로 선임한 이의 이름, 주소 및 전화번호

Item (2)

항목(2)

If you want to appoint an alternate agent, write the name, home address and telephone number of the person you are selecting as your alternate agent.

2 차 대리인을 선임하길 원한다면 해당자의 이름, 주소 및 전화번호

Item (3)

Your Health Care Proxy will remain valid indefinitely unless you set an expiration date or condition for its expiration. This section is optional and should be filled in only if you want your Health Care Proxy to expire.

당신의 의료위임장은 당신이 만료일자나 만료조건을 적시하지 않으면 제한없이 유효하게 됩니다. 본 섹션은 선택적이며 당신이 의료위임장이 만료되길 원할 경우에만 작성해야 합니다.

Item (4)

If you have special instructions for your agent, write them here. Also, if you wish to limit your agent's authority in any way, you may say so here or discuss them with your health care agent. If you do not state any limitations, your agent will be allowed to make all health care decisions that you could have made, including the decision to consent to or refuse life-sustaining treatment.

당신의 대리인에게 특별한 지침이 있다면 이 곳에 적습니다. 또한 어떤 방식으로든 당신의 대리인의 권한을 제한하고 싶다면 여기에 해당 사항을 적거나 당신의 대리인과 상의합니다. 만약 당신이 여기에 제한을 두지 않으면 당신의 대리인은 당신이 내릴 수 있는 모든 의료결정을 내릴 권한을 지니게 됩니다. 연명치료 동의나 거부 결정도 포함됩니다.

If you want to give your agent broad authority, you may do so right on the form. Simply write: *I have discussed my wishes with my health care agent and alternate and they know my wishes including those about artificial nutrition and hydration.*

당신의 대리인에게 광범위한 권한을 주고 싶다면 다음과 같이 작성할 수 있습니다: 나는 나의 의향을 나의 의료결정대리인 및 2 차 대리인과 상의하였고 이들은 인공 영양과 수액을 포함한 나의 의향을 알고 있습니다.

If you wish to make more specific instructions, you could say:

만약 당신이 특정 지침을 작성하고 싶다면 다음과 같이 적을 수 있습니다:

If I become terminally ill, I do/don't want to receive the following types of treatments...

만약 내가 말기 상태라면 나는 다음 종류의 치료를 받길/받지 않길 원합니다.

If I am in a coma or have little conscious understanding, with no hope of recovery, then I do/ don't want the following types of treatments:...

만약 내가 코마 상태이거나 의식이 얼마 남지 않았고 회복의 희망이 없다면 나는 다음 종류의 치료를 받길/받지 않길 원합니다.

If I have brain damage or a brain disease that makes me unable to recognize people or speak and there is no hope that my condition will improve, I do/don't want the following types of treatments:...

만약 내가 뇌손상 혹은 뇌질병으로 사람을 인식하거나 대화할 수 없고 나의 상황이 나아질 희망이 없다면 나는 다음 종류의 치료를 받길/받지 않길 원합니다.

I have discussed with my agent my wishes about_____ and I want my agent to make all decisions about these measures.

나는 나의 대리인과 _____에 관한 나의 소망을 논의했고 나의 대리인이 이에 관한 모든 결정을 내리길 희망합니다.

Examples of medical treatments about which you may wish to give your agent special instructions are listed below. This is not a complete list:

당신의 대리인에게 주고자 하는 특별 지침에 포함될 치료 종류로는 다음이 있을 수 있습니다. 이것은 완전한 리스트는 아닙니다.

- artificial respiration

인공호흡

- artificial nutrition and hydration
(nourishment and water provided by feeding tube)

인공영양이나 수액(공급관을 통해 제공하는 영양이나 수액)

- cardiopulmonary resuscitation (CPR)

심폐소생술

- antipsychotic medication

정신과약물치료

- electric shock therapy

전기충격요법

- antibiotics

항생제

- surgical procedures

수술

- dialysis

투석

- transplantation

이식

- blood transfusions

수혈

- abortion

임신중절

- sterilization

불임시술

Item (5)

You must date and sign this Health Care Proxy form. If you are unable to sign yourself, you may direct someone else to sign in your presence. Be sure to include your address.

당신은 본 의료위임장에 일자와 함께 서명해야 합니다. 만약 스스로 서명할 수 없다면 당신이 있는 앞에서 다른 이가 서명할 수 있도록 지시할 수 있습니다. 당신의 주소가 포함되는 데에 주의하십시오.

Item (6)

You may state wishes or instructions about organ and /or tissue donation on this form. New York law does provide for certain individuals in order of priority to consent to an organ and/or tissue donation on your behalf: your health care agent, your decedent's agent, your spouse , if you are not legally separated, or your domestic partner, a son or daughter 18 years of age or older, either of your

parents, a brother or sister 18 years of age or older, a guardian appointed by a court prior to the donor's death.

당신은 장기 및 조직 기증에 관한 지침 혹은 의향을 본 위임장에 언급할 수 있습니다.

Item (7)

Two witnesses 18 years of age or older must sign this Health Care Proxy form. The person who is appointed your agent or alternate agent cannot sign as a witness.

18 세 이상인 두 명의 증인이 의료위임장에 서명해야 합니다. 대리인으로 선임된 이 혹은 2 차 대리인으로 선임된 이는 증인으로 서명해서는 안 됩니다.

(1) I, _____

hereby appoint _____

(name, home address and telephone number)

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise. This proxy shall take effect only when and if I become unable to make my own health care decisions.

(2) Optional: Alternate Agent

If the person I appoint is unable, unwilling or unavailable to act as my health care agent, I hereby

appoint _____

(name, home address and telephone number)

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent that I state otherwise.

(3) Unless I revoke it or state an expiration date or circumstances under which it will expire, this proxy shall remain in effect indefinitely. (Optional: If you want this proxy to expire, state the date or conditions here.) This proxy shall expire (specify date or conditions): _____

(4) Optional: I direct my health care agent to make health care decisions according to my wishes and limitations, as he or she knows or as stated below. (If you want to limit your agent's authority to make health care decisions for you or to give specific instructions, you may state your wishes or limitations here.) I direct my health care agent to make health care decisions in accordance with the following limitations and/or instructions (attach additional pages as necessary): _____

In order for your agent to make health care decisions for you about artificial nutrition and hydration (nourishment and water provided by feeding tube and intravenous line) your agent must reasonably know your wishes. You can either tell your agent what your wishes are or include them in this section. See instructions for sample language that you could use if you choose to include your wishes on this form, including your wishes about artificial nutrition and hydration.

(5) Your Identification (please print)

Your Name _____

Your Signature _____ Date _____ Your Address _____

(6) Optional: Organ and/or Tissue Donation

I hereby make an anatomical gift, to be effective upon my death, of: (check any that apply)

Any needed organs and/or tissues

The following organs and/or tissues _____

Limitations

If you do not state your wishes or instructions about organ and/or tissue donation on this form, it will not be taken to mean that you do not wish to make a donation or prevent a person, who is otherwise authorized by law, to consent to a donation on your behalf.

Your Signature _____ Date _____

(7) Statement by Witnesses *(Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be the health care agent or alternate.)*

I declare that the person who signed this document is personally known to me and appears to be of sound mind and acting of his or her own free will. He or she signed (or asked another to sign for him or her) this document in my presence.

Date _____ Name of Witness 1

(print) _____

Signature _____

Address _____

State of New York Department of Health

Date _____ Name of Witness 2

(print) _____ Signature _____ Address
