

MARYLAND ADVANCE DIRECTIVE : PLANNING FOR FUTURE HEALTH CARE DECISIONS

메릴랜드 주 의료관리 결정을 위한 장래 계획서

By:

Date of Birth

성명 _____

생년 월일 _____

(Print Name)

(Month/Day/Year)

(환자체로 기입)

(월 / 일 / 년)

Using this advance directive form to do health care planning is completely optional. Other forms are also valid in Maryland. No matter what form you use, talk to your family and others close to you about your wishes.

이 양식을 사용하여 장래의 의료관리 계획을 하시는 것은 전적으로 선택에 의한 것입니다.

메릴랜드주에서는 다른 양식도 유효 합니다. 어떤 양식을 사용 하시던지, 본인의 가족,

그리고 가까운 분들과 원하시는 내용을 의논 하시기 바랍니다.

This form has two parts to state your wishes, and a third part for needed signatures. Part I of this form lets you answer this question: If you cannot (or do not want to) make your own health care decisions, who do you want to make them for you? The person you pick is called your health care agent. **Make sure you talk to your health care agent (and any back-up agents) about this important role.** Part II lets you write your preferences about efforts to extend your life in three situations: terminal condition, persistent vegetative state, and end-stage condition. In addition to your health care planning decisions, you can choose to become an organ donor after your death by filling out the form for that too.

본 양식은 본인이 원하는 내용을 기입하는 2개의 부분과 서명이 필요한 셋번째 부분으로 되어있습니다.

첫번째 부분은 질문에 답을 쓰시는 부분인데 스스로 의료관리 결정을 하실수 없으시면

(혹 원하지 않으시면), 누가 대신 그런 결정을 내리시기 원하십니까? 본인이 선택하신 사람을 의료관리

대리인 이라고 부릅니다. 의료관리대리인(둘째 의료관리대리인) 에게 그분의 중요한 역할을 꼭 이야기

하셔야 합니다. 두번째 부분은 세가지 (1. 불치병 2. 지속적인 식물인간상태 3. 말기증상) 상황에서

본인의 생명 연장을 어떤 방법으로 택하실지를 결정하는 것입니다. 본인의 의료관리 결정뿐만 아니라

사망후에 기관 기증을 선택 하실수도 있습니다.

⑥ You can fill out Parts I and II of this form, or only Part I, or only Part II. Use the form to reflect your wishes, then sign in front of two witnesses (Part III) . If your wishes change, make a new advance directive.

본 양식은 첫째 와 둘째부분 모두 작성 하셔도 되시고 첫번째 부분 또는 두번째 부분 하나만 하셔도

됩니다. 본 양식에 본인이 원하시는 것을 적으시고 두사람의 증인 앞에서 서명(세번째 부분)을

하십시오. 만일 원하시는 내용을 변경 하실경우 새 계획서를 작성하셔야 합니다.

Make sure you give a copy of the completed form to your health care agent, your doctor, and others who might need it. Keep a copy at home in a place where someone can get it if needed. Review what you have written periodically.

다 작성하신 사본은 의료관리대리인, 의사 그리고 사본이 필요한 분에게 한부씩 주십시오.
사본 한부는 필요한 경우 쉽게 찾을수 있는곳 (집) 에 두시고 정기적으로 내용을 검토 하십시오.

PART I: SELECTION OF HEALTH CARE AGENT

A. Selection of Primary Agent

첫번째 의료관리대리인 선정

I select the following individual as my agent to make health care decisions for me:

본인의 의료관리 결정을 내리는 대리인 으로서 아래의 사람을 선택 합니다.

NAME:

(성명) _____

ADDRESS:

(주소) _____

TELEPHONE NUMBERS:

(전화번호 와 셀폰) _____

B. Selection of Back-up Agents (Optional; form valid if left blank)

두번째 의료관리대리인 선정

(선택사항: 기입하지 않으셔도 본 양식은 유효함)

2. If my primary agent and my first back-up agent cannot be contacted in time or for any reason are unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:

본인의 첫번째 의료관리대리인이 제때 연락이 안되거나, 대리인으로서 능력이 없거나 또는 대리인 으로서의 의사가 없는경우 본인은 다음 사람을 두번째 대리인으로서 선택 합니다.

NAME:

(성명): _____

ADDRESS: _____

(주소):

TELEPHONE NUMBERS:

(전화번호 와 셀폰) _____

C. Powers and Rights of Health Care Agent

대리인의 권한 과 권리

I want my agent to have full power to make health care decisions for me, including the power to:

본인은 대리인에게 본인을 대신하여 의료관리 결정을 내리는 모든 권한을 부여하며 다음의 권한을 포함한다:

1. Consent or not to medical procedures and treatments which my doctors offer, including things that are intended to keep me alive, like ventilators and feeding tubes;

호흡장치나 영양공급 튜브등 본인의 생명 연장을 위한것 들을 포함하여 의사가 제시하는 의학적인 치료 방법에 동의 하거나 안 하는것에 대한 권한.

2. Decide who my doctor and other health care providers should be; and

본인의 의사(doctor)와 또 다른 의료 치료를 할 사람을 결정하는 권리.

3. Decide where I should be treated, including whether I should be in a hospital, nursing home, other medical care facility, or hospice program.

본인을 어느 병원, 양로원, 다른 의료치료원 아니면 말기환자의 고통을 덜어주는 시설로 보내야 할것을 결정하는 권한.

4. I also want my agent to:

본인은 대리인이 다음 사항을 실행하기를 바랍니다.

a. Ride with me in an ambulance if ever I need to be rushed to the hospital; and

급하게 병원으로 가야할 경우 저와 같이 응급차를 같이 타고 가기를 원하며

b. Be able to visit me if I am in a hospital or any other health care facility.

만일 내가 병원이나 다른 의료시설에 입원하고 있으면 방문 할수있습니다.

THIS ADVANCE DIRECTIVE DOES NOT MAKE MY AGENT RESPONSIBLE FOR ANY OF THE COSTS OF MY CARE .

본 양식은 대리인에게 나의 치료비를 일부라도 지불하게 하지 못한다.

This power is subject to the following conditions or limitations:
(Optional; form valid if left blank)

이러한 권한은 다음의 조건이나 제한이 적용됩니다.
(선택사항: 기입하지 않으셔도 본 양식은 유효합니다.)

D. How my Agent is to Decide Specific Issues

본인의 대리인이 결정해야 하는 구체적인 사항들

I trust my agent's judgment. My agent should look first to see if there is anything in Part II of this advance directive that helps decide the issue. Then, my agent should think about the conversations we have had, my religious and other beliefs and values, my personality, and how I handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my agent is to make decisions for me that my agent believes are in my best interest. In doing so, my agent should consider the benefits, burdens, and risks of the choices presented by my doctors.

본인은 대리인의 판단을 신뢰합니다. 대리인은 이 양식의 두번째 부분에 있는 내용이 결정을 하는데 도움이 되는지 자세히 보아야 합니다. 그런다음 본인과의 대화, 나의 신앙 및 신념과 가치, 성격 그리고 그동안 내가 어떻게 의료와 기타 중요한 상황을 다루었는지를 고려해야 한다. 내가 결정한 것이 분명하지 않다면 대리인은 나에게 가장 좋다고 생각되는 방향으로 결정을 내려야 합니다. 그러한 과정에서 대리인은 의사들이 제기하는 선택에 따른 혜택, 부담 그리고 위험을 고려해야 합니다.

E. People My Agent Should Consult (Optional; form valid if left blank)

대리인이 상담해야 할 사람들

(선택 사항: 기입하지 않으셔도 본 양식은 유효함)

In making important decisions on my behalf, I encourage my agent to consult with the following people. By filling this in, I do not intend to limit the number of people with whom my agent might want to consult or my agent's power to make decisions.

본인을 대신하여 중요한 결정을 내리는데 있어서, 대리인은 다음의 사람들과 상담할것을 권유 합니다. 여기에 몇사람을 기입 함으로서 대리인이 상담할 사람들을 제한 하거나 결정권한을 제한 하는 것은 아닙니다.

NAMES:

(성명)

TELEPHONE NUMBERS:

(전화 번호)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

F. In Case of Pregnancy

(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

If I am pregnant, my agent shall follow these specific instructions:

본인이 임신을 했을 경우 대리인은 다음의 구체적인 지침을 따라야 합니다.

G. Access to my Health Information - Federal Privacy Law (HIPAA) Authorization

본인의 의료 정보 사용- 연방비밀 보장(HIPAA) 위임

1. If, prior to the time the person selected as my agent has power to act under this document, my doctor wants to discuss with that person my capacity to make my own health care decisions, I authorize my doctor to disclose protected health information which relates to that issue.

나의 대리인으로서 본 문서가 허용하는 권한을 행사하기전에, 의사가 내가 나의 의료 치료에 대한 결정을 할 수 있는지에 대한 의논을 대리인과 하고 싶다면 나는 그 사항과 관련된 의료 정보를 의사가 공개 하는 것을 허용합니다.

2. Once my agent has full power to act under this document, my agent may request, receive, and review any information, oral or written, regarding my physical or mental health, including, but not limited to, medical and hospital records and other protected health information, and consent to disclosure of this information.

본 문서가 허용하는 모든 권리를 대리인이 다 행사할수 있게되면 나의 육체적 또는 정신적 모든 의료 정보를 포함해서 구두 또는 서면으로 정보를 요청하여 받아 검토 할수 있으며 이런 정보의 공개를 승낙 합니다.

3. For all purposes related to this document, my agent is my personal representative under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). My agent may sign, as my personal representative, any release forms or other HIPAA-related materials.

본 문서의 관련된 모든 목적을 위하여, 나의 대리인은 연방비밀 보장 제도아래 나를 대신하는 사람입니다. 대리인은 연방비밀 보장 서류나 일체의 공개 자료에 서명할수 있습니다.

H. Effectiveness of this Part

(Read both of these statements carefully. Then, initial one only.)

본 부분의 효력

(두 문장을 자세히 읽으시고, 한곳에만 표시 하십시오.)

My agent's power is in effect:

나의 대리인의 권한은:

1. Immediately after I sign this document, subject to my right to make any decision about my health care if I want and am able to.

본인의 권한으로 본인이 원하고 또 할수있다면 나의 건강 치료에 관한 모든 결정을 내가 이 서류에 서명을 하는 즉시 유효 합니다.

*** OR (또한) ***

2. Whenever I am not able to make informed decisions about my health care, either because the doctor in charge of my care (attending physician) decides that I have lost this ability **temporarily**, or my attending physician and a consulting doctor agree that I have lost this ability **permanently**.

나의 건강 치료에 관해 내가 결정을 못할때나 담당 의사나 다른 의사가 내가 그런 결정을 내릴 능력을 잠시 상실했거나 영구히 못하게 되었다고 했을 때 유효 합니다.

If the only thing you want to do is select a health care agent, skip Part II. Go to Part III to sign and have the advance directive witnessed. If you also want to write your treatment preferences, go to Part II. Also consider becoming an organ donor, using the separate form for that.

귀하께서 대리인만 선정 하시기를 원하시면 둘째 부분은 기입 안하셔도 됩니다. 그리고 셋째 부분에 서명하시고 본 양식에 증인 절차를 하시면 됩니다. 그리고 본인이 선호 하시는 치료 내용을 기입 하시려면 둘째 부분에서 하십시오. 그리고 기관 기증자가 되시려면 별도의 양식을 사용하십시오.

PART II: TREATMENT PREFERENCES ("LIVING WILL ")

둘째 부분: 선호 하는 치료 방법 (“ 생존 유언 “)

A. Statement of Goals and Values (Optional: Form valid if left blank)

목표와 가치에 대한 진술

(선택 사항: 기입안하셔도 본 양식은 유효함)

I want to say something about my goals and values, and especially what's most important to me during the last part of my life:

본인은 본인의 목표와 가치관에 관하여 특히 인생의 마지막 기간 동안에 가장 중요한 것을 진술하려고 합니다.

B. Preference in Case of Terminal Condition

(If you want to state what your preference is, initial **one** only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)

불치병의 경우 선호 사항

(본인의 선호 내용을 진술하시려면, 한곳에만 표시 하십시오. 여기에서 선호 내용을 밝히기를 원치 않으시면 전체내용에 줄을 그으십시오.)

If my doctors certify that my death from a terminal condition is imminent, even if life-sustaining procedures are used:

생명을 연장 하기 위하여 여러가지 절차를 해도 의사가 본인의 사망이 임박 했다고 증명할 경우

1. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

본인을 편안 하게 해주시고 자연사 하도록 해주십시오. 저는 생명을 연장하기 위한 어떠한 의학적 방법을 원하지 않습니다. 또한 튜브나 다른 의학적 방법으로 영양분이나 액체를 공급 받기를 원하지 않습니다.

** OR/혹은 **

2. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

본인을 편안 하게 해주시고 자연사 하도록 해주십시오. 저는 생명을 연장하기 위한 어떠한 의학적 방법을 원하지 않습니다. 만일 제가 입으로 충분한 영양분을 섭취 할수 없다면, 튜브나 다른 의학적 방법으로 영양 섭취를 원합니다.

** OR/혹은 **

3. Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

모든 가능한 방법으로 나의 생명을 연장 하고 지연 사겨 주시기를 바랍니다. 만일 제가 입으로 충분한 영양을 섭취하지 못한다면 튜브나 다른 의학적 방법으로 영양을 받기를 원합니다.

D. Preference in Case of End-Stage Condition

(If you want to state what your preference is, initial one only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)

말기상태 에서의 선호 사항

(본인의 선호 사항을 진술 하시려면 한곳에만 표시 하십시오. 선호 사항을 밝히고 싶지 않으시면 전체에 줄을 그으십시오.)

If my doctors certify that I am in an end-state condition, that is, an incurable condition that will continue in its course until death and that has already resulted in loss of capacity and complete physical dependency:

본인이 말기상태 즉 불치의 상태가 임종까지 계속 되고 능력의 상실과 더불어 전적인 신체적인 의존이 필요하다는 의사의 진단이 있을경우:

1. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

본인을 편안하게 해주고 자연사 하게 해 주십시오. 생명을 연장 하기위한 어떤 의학적 방법을 원하지 않습니다. 저는 어떠한 방법의 영양공급도 원하지 않습니다.

** OR / 혹은 **

2. Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

본인을 편안하게 해주고 자연사 하게 해 주십시오. 생명을 연장 하기위한 어떤 의학전 방법을 원하지 않습니다. 만일 제가 입으로 충분한 영양을 섭취하지 못한다면 튜브나 다른 의학적 방법으로 영양을 받기를 원합니다.

** OR / 혹은 **

3. Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.

모든 가능한 방법으로 나의 생명을 연장 하고 지연 사켜 주시기를 바랍니다. 만일 제가 입으로 충분한 영양을 섭취하지 못한다면 튜브나 다른 의학적 방법으로 영양을 받기를 원합니다.

E. Pain Relief

통증 해소

No matter what my condition, give me the medicine or other treatment I need to relieve pain.

본인의 상태에 관계없이 아프지 않도록 필요한 약이나 치료를 원합니다.

F. In Case of Pregnancy

(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

임신일 경우

(선택사항, 임신 적령기의 여자분에게만 해당. 기입 안하셔도 양식은 유효 합니다.)

If I am pregnant, my decision concerning life-sustaining procedures shall be modified as follows:

본인이 임신 했을경우 생명 연장 절차의 결정은 다음과 같이 수정 하십시오.

G. Effect of Stated Preferences

(Read both of these statements carefully. Then, initial one only.)

진술한 선호내용의 효력

(다음 두 문장을 자세히 읽으시고, 한곳에만 표시를 하십시오.)

- 1. I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. My stated preferences are meant to guide whoever is making decisions on my behalf and my health care providers, but I authorize them to be flexible in applying these statements if they feel that doing so would be in my best interest.

더 이상 나 자신이 스스로 결정을 못 내리게 될때부터는 무슨일이 일어날지 예측 할수 없음을 인정합니다. 본인이 진술한 선호 내용은 저를 대신하여 결정을 내리실 분과 의사 를 위한 조언이며 다만 그 결정이 저에게 가장 적합하다고 생각 하는경우 그 결정 권한을 부여 합니다.

** OR / 혹은 **

- 2. I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. Still, I want whoever is making decisions on my behalf and my health care providers to follow my stated preferences exactly as written, even if they think that some alternative is better.

더 이상 나 자신이 스스로 결정을 못 내리게 될때부터는 무슨일이 일어날지 예측 할수 없음을 인정합니다. 그러나 본인을 대신하여 결정을 내리는 분이나 의사는 다른 방법이 좋다고 생각이 되어도 본인이 진술한 선호내용 대로 하기 바랍니다.

PART III: SIGNATURE AND WITNESSES

셋째번: 서명 및 증인

By signing below as the Declarant, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this advance directive and that I understand its purpose and effect. I also understand that this document replaces any similar advance directive I may have completed before this date.

선서자로서 아래에 서명 함으로서, 본인은 장래의 의료 계획서를 작성하는데 정서적 그리고 정신적 으로도 능력이 있으며 이 문서의 목적과 효과를 이해함을 밝힙니다. 또한 본인은 이 문서를 이 날짜전에 본인이 작성 했을수도 있는 비슷한 문서와 대치 할수 있음도 알고 있습니다.

Signature of Declarant	Date
선서자의 서명	날짜

The Declarant signed or acknowledged signing this document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this advance directive.

선서자는 증인의 참석하에 본 문서에 서명 했으며, 선서인은 본 문서를 작성하는데 정서적 또는 정신적으로 충분하다고 증인은 생각합니다.

Signature of Witness

Date

증인 서명

날짜

Telephone Number(s)

Signature of Witness

Date

증인 서명

날짜

Telephone Numbers(s)

(**Note:** Anyone selected as a health care agent in Part I may not be a witness. Also, at least one of the witnesses must be someone who will not knowingly inherit anything from the Declarant or otherwise knowingly gain a financial benefit from the Declarant's death. Maryland law does **not** require this document to be notarized.)

(참고: 첫째 부분에서 대리인으로 선정된 사람은 증인이 될수 없습니다. 또한 증인들 가운데 적어도 한명은 선서자의 사망에 따라 유산을 받거나 재정적인 혜택을 받을것 임을 알고 있어서는 안됩니다. 메릴랜드州 에서는 본 문서에 공증을 요구 하지 않습니다.

AFTER MY DEATH

본인의 사망 이후

(Initial the ones that you want. Cross through any that you do not want.)

(원하시는 사항에만 표시를 하시고 원하지 않는 내용엔 줄을 그으십시오).

Upon my death I wish to donate:

본인의 사망 시 기증하기를 바랍니다.

Any needed organs, tissues, or eyes.

필요한 모든 기관,조직 또는 눈: _____

Only the following organs, tissues, or eyes:

다음에 지적 하는 기관, 조직 또한 눈: _____

I authorize the use of my organs, tissues, or eyes:

나의 기관, 조직 또는 눈 을 사용 할것을 허락합니다.

For trans plantation

이식을 하기위하여: _____

For therapy

치료 의 목적으로: _____

For research

연구 목적으로: _____

For medical education

의학교육 목적으로: _____

For any purpose authorized by law

법적으로 인정된 목적으로: _____

I understand that no vital organ, tissue, or eye may be removed for transplantation until after I have been pronounced dead. *This document is not intended to change anything about my health care while I am still alive.* After death, I authorize any appropriate support measures to maintain the viability for transplantation of my organs, tissues, and eyes until organ, tissue, and eye recovery has been completed. I understand that my estate will not be charged for any costs related to this donation.

본인의 사망이 발표되기 전까지는 중요한 기관, 조직 또는 눈도 제거 할수 없습니다.
이 문서는 본인이 살아 있는 동안 본인의 의료계획서의 내용을 변경 시키려는 의도는 아닙니다.
본인의 사망이후 에는 본인의 기관, 조직 및 눈의 이식을 위하여 필요한 일체의 절차 사용을 승인합니다. 본인의 기증 때문에 드는 일체의 비용은 본인의 유산에 부과 시키지 못합니다.

PART II: DONATION OF BODY

둘째부분: 신체 기증

After any organ donation indicated in Part I, I wish my body to be donated for use in a medical study program.

첫째 부분에서 지정한 본인의 기관 기증이후 본인의 신체가 의학 연구를 위하여 기증하기를 원합니다.

PART III: DISPOSITION OF BODY AND FUNERAL ARRANGEMENTS

세번째 부분: 신체의 처분 및 장례절차

I want the following person to make decisions about the disposition of my body and my funeral arrangements: (Either initial the first or fill in the second.)

아래에 언급한 사람이 본인의 신체처분과 장례절차를 결정하기를 원합니다.
(첫번째 아니면 두번째에 표시 하십시오.)

The health care agent who I named in my advance directive.

본인의 의료 계획서 에서 밝힌 대리인.

** OR/혹은 **

THIS PERSONAL

이 사람

NAME

이름

ADDRESS

주소

TELEPHONE NUMBER / CELL PHONE

전화 번호 / 셀폰

If I have written my wishes below, they should be followed. If not, the person I have named should decide based on conversations we have had, my religious or other beliefs and values, my personality, and how I reacted to other peoples' funeral arrangements. My wishes about the disposition of my body and my funeral arrangements are:

만일 아래에 본인이 원하는 바를 기입했다면 본인의 희망대로 따라야 합니다. 기입한 내용이 없다면 본인이 지명한 사람이 본인과의 대화내용, 본인의 신앙, 신념, 성격 그리고 다른 사람들의 장례절차에 보였던 본인의 반응도 참고 하여 결정 하기를 바랍니다.

본인의 신체 처분과 장례 절차에 대한 본인의 희망사항은:

PART IV: SIGNATURE AND WITNESSES

네번째 부분: 서명과 증인

By signing below, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this donation and that I understand the purpose and effect of this document.

아래에 서명을 하고, 신체기증의 목적과 효력을 이해 하는데에 있어서 본인은 정서적 그리고 정신적으로 능력이 있음을 인정합니다.

SIGNATURE OF DONOR	DATE
기증자 서명	날짜

The Donor signed or acknowledged signing the foregoing document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this donation.

기증자는 증인의 참석 하에 서명을 했으며, 서명 하신분은 정서적으로나 정신적으로 능력이 있음을 증인은 인정합니다.

SIGNATURE OF WITNESS	DATE
증인 서명	날짜

TELEPHONE NUMBERS

전화 번호

SIGNATURE OF WITNESS

증인 서명

DATE

날짜

TELEPHONE NUMBERS

전화 번호

Did You Remember To ...

혹 빠뜨린 내용은 없지요?

G Fill out Part I if you want to name a health care agent?

의료 관리인 을 원하시면 첫째 부분을 기입하셨는지요?

G Name one or two back-up agents in case your first choice as health care agent is not available when needed?

본인의 첫째 의료 관리인 이 연락이 안될경우를 위해서 두번째나 세번째 의료 관리인을 선정 하셨는지요?

G Talk to your agents and back-up agent about your values and priorities, and decide whether that's enough guidance or whether you also want to make specific health care decisions in the advance directive?

본인의 가치관과 우선해야할 일들을 의료 관리인들 에게 알렸으며 장래 의료 계획서에 본인의 구체적인 의료 결정을 내리셨는지요?

G If you want to make specific decisions, fill out Part II, choosing carefully among alternatives?

구체적인 결정을 내리시기를 원하시면, 세밀히 선택하셔서 두번째 부분을 기입 하셨는지요?

G Sign and date the advance directive in Part III, in front of two witnesses who also need to sign?

서명이 필요한 증인 두명이 참석한 자리에서 세번째 부분을 서명하시고 날짜를 기입하셨는지요?

G Look over the "After My Death" form to see if you want to fill out any part of it?

“사망 이후” 란에 더 기입하시고 싶으신 것이 있는지 보셨는지요?

G Make sure your health care agent (if you named one), your family, and your doctor know about your advance care planning?

의료 사전 계획에 관하여 본인의 대리인, 가족, 그리고 의사 에게 확실히 알려셨는지요?

G Give a copy of your advance directive to your health care agent, family members, doctor, and hospital or nursing home if you are a patient there?

의료 사전 계획 양식 사본을 대리인, 가족, 의사, 병원 그리고 양로원에 한부씩 주셨습니까?