

사전 의료 지시서  
노스캐롤라이나용  
**(An Advance Directive for North Carolina)**  
성인용 실무 양식 **(A Practical Form for All Adults)**

**소개 (Introduction)**

이 양식을 통해 향후 의료 선호도를 명시하고 의료 결정에 대한 정보를 안내할 수 있습니다. 이 양식에는 재정적인 정보가 포함되지 않습니다. 사전 의료 지시서 관련 법적 요구 사항은 아니지만 이 양식을 작성하면 원하는 의료를 받는 데 도움이 될 수 있습니다.

18 세 이상의 의료 결정권을 가진 자로서 의료 결정에 대해 의사소통할 수 있는 경우 이 양식을 사용할 수 있습니다.

이 양식은 3 부로 구성되어 있습니다. 제 1 부 또는 제 2 부만 작성하거나 제 1 부와 제 2 부를 모두 작성할 수 있습니다. 이 양식의 제 3 부를 작성하면 사전 의료 지시서의 법적 효력이 발생합니다. 이 양식의 5 페이지 전체를 보관하고 5 페이지 전체 내용이 포함된 사본을 가족 또는 의료 제공자와 공유하십시오.

이 양식은 노스캐롤라이나주의 법 (NCGS 의 32A 장 15-27 절 및 90 장 320-322 절) 을 준수합니다.

*(This form allows you to express your wishes for future health care and to guide decisions about that care. It does not address financial decisions. Although there is no legal requirement for you to have an advance directive, completing this form may help you to receive the health care you desire. If you are 18 years old or older and are able to make and communicate health care decisions, you may use this form.*

*This form has three parts. You may complete Part A only, or Part B only, or both Parts A and B. To make this advance directive legally effective, you must complete Part C of this form. Please keep all five pages of this form together and include all five pages of the form in any copies you may share with your loved ones or health care providers.*

*This form complies with North Carolina law [in NCGS § 32A-15 through 32A-27 and § 90-320 through 90-322].)*

**제 1 부: 의료 위임장 (Part A: Health Care Power of Attorney)**

1. **의료 위임장이란 무엇입니까?** 의료 위임장은 본인이 의료 결정을 내릴 수 없는 상황에서 본인을 대신하여 의료 결정을 내리는 '의료 대리인'을 선임하는 법적 문서입니다.

**What is a health care power of attorney?** (A health care power of attorney is a legal document in which you name another person, called a "health care agent," to make health care decisions for you when you are not able to make those decisions for yourself.)

2. **의료 대리인의 자격은 무엇입니까?** 최소 18세 이상으로 유료 의료 제공자가 아닌 법적 자격을 갖춘 자가 의료 대리인이 될 수 있습니다.

**(Who can be a health care agent?** Any competent person who is at least 18 years old and who is not your paid health care provider may be your health care agent.)

3. **의료 대리인을 어떻게 선택해야 합니까?** 의료 대리인은 광범위한 의료 결정 권한을 갖기 때문에 신중하게 선택해야 합니다. 의료 대리인은 의료 당사자를 잘 알고, 필요 시 당사자를 대신하여 선호도를 적용할 수 있는 자입니다. 본인이 무엇을 원하는 지 의료 대리인이 알 수 있도록 향후 의료 목표와 선호도를 의료 대리인에게 알리는 것이 매우 중요합니다.

**(How should you choose your health care agent?** You should choose your health care agent very carefully, because that person will have broad authority to make decisions about your health care. A good health care agent is someone who knows you well, is available to represent you when needed, and is willing to honor your wishes. It is very important to talk with your health care agent about your goals and wishes for your future health care, so that he or she will know what care you want.)

4. 의료 대리인은 무엇을 결정할 수 있습니까? 이 양식의 제 1 부 2 번에서 의료 대리인의 권한을 제한하지 않는 경우 의료 대리인은 아래의 모든 의료 결정을 내릴 수 있습니다.
- 연명 조치 시작 또는 중지
  - 정신 건강 치료 결정
  - 의사 및 시설 선택
  - 의료 정보 검토 및 공유
  - 시신 부검 및 사후 처리

*(What decisions can your health care agent make? Unless you limit the power of your health care agent in Section 2 of Part A of this form, your health care agent can make all health care decisions for you, including:*

- *starting or stopping life-prolonging measures*
- *decisions about mental health treatment*
- *choosing your doctors and facilities*
- *reviewing and sharing your medical information*
- *autopsies and disposition of your body after death)*

5. 사망 후에 내 장기와 조직을 의료 대리인이 기증할 수 있습니까? 예, 이 양식에서 의료 대리인에게 그 권한을 부여하면 가능합니다. 이를 위해서는 제 1 부 3 번 항목에 이니셜을 기재해야 합니다.

*(Can your health care agent donate your organs and tissues after your death? Yes, if you choose to give your health care agent this power on the form. To do this, you must initial the statement in Section 3 of Part A.)*

6. 의료 위임장은 언제부터 효력이 발생합니까? 본인이 의료 결정을 내릴 수 없다는 의사의 진단을 받으면 이 문서의 효력이 발생합니다.

*(When will this health care power of attorney be effective? This document will become effective if your doctor determines that you have lost the ability to make your own health care decisions.)*

7. 의료 위임장을 취소하려면 어떻게 해야 합니까? 본인에게 법적 권한이 있다면 의료 위임장 취소 의사를 명시적으로 밝히고 취소할 수 있습니다. 예를 들어, 문서를 파기하거나, 문서 전체에 "void"(무효) 라고 표기하거나, 의사에게 문서의 취소 의사를 밝히거나, 의료 위임장을 새로 작성할 수 있습니다.

*(How can you revoke this health care power of attorney? If you are competent, you may revoke this health care power of attorney in any way that makes clear your desire to revoke it. For example, you may destroy this document, write "void" across this document, tell your doctor that you are revoking the document, or complete a new health care power of attorney.)*

8. 의료 대리인을 선임하지 않은 상태에서 본인이 결정을 내릴 수 없는 상태가 된 경우, 의료 결정을 내릴 수 있는 대상자는 누구입니까? 의료 대리인을 선임하지 않은 경우 노스캐롤라이나주의 법에 따라 의료 제공자는 다음과 같은 개인들에게 순서대로 문의 할 수 있습니다: 후견인, 의료 결정 권리를 포함하는 일반 위임장에 지정된 대리인, 남편 또는 아내, 다수의 부모 및 성인 자녀, 다수의 성인 형제 자매, 또는 가까운 지인으로 선의적 행동을 보이고 나의 선호도를 정확하게 전달할 수 있는 사람. 대상자가 없는 경우, 노스캐롤라이나주의 법에 따라 의사는 다른 의사의 동의 하에 의료 결정을 판단할 수 있습니다.

*(Who makes health care decisions for me if I don't name a health care agent and I am not able to make my own decisions? If you do not have a health care agent, NC law requires health care providers to look to the following individuals, in the order listed below: legal guardian; an attorney-in-fact under a general power of attorney (POA) if that POA includes the right to make health care decisions; a husband or wife; a majority of your parents and adult children; a majority of your adult brothers and sisters; or an individual who has an established relationship with you, who is acting in good faith and who can convey your wishes. If there is no one, the law allows your doctor to make decisions for you as long as another doctor agrees with those decisions.)*

## 제 2 부: 생전유서 (Living Will)

1. 생전유서란 무엇입니까? 노스캐롤라이나에서는 생전 유서에서 아래와 같은 상황에 대해 연명 조치를 받지 않겠다고 명시할 수 있습니다.

- 머지않아 죽음에 이르는 불치병에 걸린 경우.
- 무의식 상태에서 의식 회복 가능성이 없다는 진단을 받은 경우.
- 중증 치매 또는 기타 중대한 비가역적 심신 상실이 발생한 경우.

*(What is a living will? In North Carolina, a living will lets you state your desire not to receive life-prolonging measures in any or all of the following situations:*

- You have a condition that is incurable that will result in your death within a short period of time.
- You are unconscious, and your doctors are confident that you cannot regain consciousness.
- You have advanced dementia or other substantial and irreversible loss of mental function.)

2. **연명 조치란 무엇입니까?** 연명 조치는 인공 호흡기, 신장 투석, 항생제, 경관 급식(인공 영양 및 수액 공급) 및 유사 치료 등 죽음을 연기할 목적으로만 제공하는 치료입니다.

*(What are life-prolonging measures? Life-prolonging measures are medical treatments that would only serve to postpone death, including breathing machines, kidney dialysis, antibiotics, tube feeding (artificial nutrition and hydration), and similar forms of treatment).*

3. **생전 유서 없이 연명 조치를 보류하거나 중단할 수 있습니까?** 예, 특정 상황에서는 가능합니다. 선호도를 스스로 명시할 수 있는 경우 연명 조치를 거부할 수 있습니다. 선호도를 스스로 명시할 수 없는 경우 본인을 대신하여 결정권을 가진 자로부터 동의를 받아야 합니다.

*(Can life-prolonging measures be withheld or stopped without a living will? Yes, in certain circumstances. If you are able to express your wishes, you may refuse life-prolonging measures. If you are not able to express your wishes, then permission must be obtained from those individuals who are making decisions on your behalf.)*

4. **경관급식 (인공 영양 및 수액 공급)을 받고 싶은 경우 어떻게 해야 됩니까?** 모든 상황에서 경관 급식을 받겠다는 선호도를 명시할 수 있습니다. 이를 위해서는 제 2 부 2 번 항목에 이니셜을 기재해야 합니다.

*(What if you want to receive tube feeding (artificial nutrition and hydration)? You may express your wish to receive tube feeding in all circumstances. To do this, you must initial the statement in Section 2 of Part B.)*

5. **생전 유서를 취소하려면 어떻게 해야 합니까?** 구두 또는 서면으로 생전 유서 취소 의사를 명시적으로 밝히고 취소할 수 있습니다. 예를 들어, 이 문서를 파기하거나 이 문서 전체에 "void"(무효)라고 쓰거나 의사에게 이 문서의 취소 의사를 밝히거나 생전 유서를 새로 작성할 수 있습니다.

*(How can you revoke this living will? You may revoke this living will by clearly stating or writing in any clear manner that you wish to do so. For example, you may destroy the document, write "void across the document, tell your doctor that you are revoking the document, or complete a new living will.)*

### 제 3 부: 문서 작성 (Completing this Document)

사전 의료 지시서가 법적 효력을 발생하려면 이 문서의 제 3 부를 모두 작성해야 합니다.

*(To make this advance directive legally effective, all three sections of Part C of the document must be completed.)*

1. **증인 두 명과 공증인 한 명이 참석한 상태에서 이 문서에 서명하고 날짜를 기재합니다.**

*(Wait until two witnesses and a notary public are present, then sign and date the document.)*

2. **두 명의 증인이 제 3 부 2 번에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다. 아래 대상자는 증인이 될 수 없습니다.**

- 혈족 또는 인척
- 법정 상속자 또는 유서에 명시된 재산 상속자
- 나 또는 내 재산을 대상으로 청구권을 제기한 자
- 담당 의사, 기타 의료 제공자, 치료 중인 병원의 직원, 입원 중인 요양원 또는 양로원 직원.

*(Two witnesses must sign and date the document in Section 2 of Part C. These witnesses cannot be:*

- *related to you by blood or marriage,*
- *your heir, or a person named to receive a portion of your estate in your will,*
- *someone who has a claim against you or against your estate, or*
- *your doctor, other health care provider, or an employee of a hospital in which you are a patient, or an employee of the nursing home or adult care home where you live.)*

3. **공증인은 서명 시 증인으로 입회하고 제 3 부 3 번에서 이 문서를 공증해야 합니다.**

*(A notary public must witness these signatures and notarize the document in Section 3 of Part C.)*

제 1 부: 의료 위임장 (의료 대리인 선정)
(Part A: Health Care Power of Attorney (Choosing a Health Care Agent))

의료 대리인을 선정하지 않으려면 위임장 전체에 X 표를 하고 다음 빈칸에 이니셜을 기재하십시오.
(If you do not wish to appoint a health care agent, strike through this entire part and initial here)

이름 (My name is):

생년월일 (My birth date is):
(정자로 기재) (Please Print)

1. 다음은 나의 의료 대리인으로 선정한 자입니다 (The person I choose as my health care agent is):

Form with fields for name (first, middle, last), address (street, city, state, zip), and contact info (home, work, cell phone, email).

상기인이 나의 의료 대리인 역할을 수행할 수 없거나 원하지 않는 경우 아래 대상자가 그 역할을 수행할 수 있습니다.
(If this person is unable or unwilling to serve as my health care agent, my next choice is)

Form with fields for name (first, middle, last), address (street, city, state, zip), and contact info (home, work, cell phone, email).

2. 특별 지침 (Special Instructions):

참고: 여기서 경관 급식, 기타 연명 치료, 정신 건강 치료, 부검, 시체 처리, 장기 기증 등에 대한 의료 대리인의 결정에 대한 제한 사항을 포함하거나 의료 대리인이 준수해야 할 특별 지침을 포함할 수 있습니다.

의료 대리인의 권한에 대한 제한 사항이 없거나 의료 대리인이 준수해야 할 특별 지침이 없는 경우 이 절 전체에 X 표를 하십시오.

(NOTE: In this section, you may include **any special instructions** you want your health care agent to follow, or **any limitations** you want to put on the decisions your health care agent can make, including decisions about tube feeding, other life-prolonging treatments, mental health treatments, autopsy, disposition of your body after death, and organ donation.)

**(If you do not have any special instructions for your health care agent, or any limitations you want to put on your agent's authority, please draw a line through this section.)**

---

---

---

---

---

---

**3. 장기 기증 (Organ Donation):**

\_\_\_\_\_ (이니셜 *(initials)*) 내가 죽은 후에 의료 대리인이 나의 장기, 조직 또는 부분을 기증할 수 있습니다.  
(My health care agent may donate my organs, tissues, or parts after my death.)

(참고: 위의 빈칸에 이니셜을 기재하지 않은 경우 의료 대리인이 나의 장기를 기증할 수 없습니다.)  
(Please note: if you do not initial above, your health care agent will not be able to donate your organs or parts.)

제 2 부: 생전 유서 (Part B: Living Will)

생전 유서를 준비하지 않으려면 생전 유서 전체에 X 표를 하고 다음 빈칸에 이니셜을 기재하십시오\_\_\_\_\_.  
(If you do not wish to prepare a living will, strike through this entire part and initial here.)

이름 (my name is): \_\_\_\_\_  
(정자로 기재) (Please Print)

생년월일 (my birth date is): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

1. 의료 결정을 내리거나 의료 결정에 대해 의사소통을 할 수 없는 경우 다음 상황에서 연명 조치로 생명을 연장하지 않기를 바랍니다. (아래 선택 항목의 일부 또는 전부에 이니셜을 기재할 수 있습니다.)  
(If I am unable to make or communicate health care decisions, I desire that my life not be prolonged by life-prolonging measures in the following situations (you may initial any or all of these choices)):

\_\_\_\_\_ (이니셜) 머지않아 죽음에 이르는 불치병에 걸린 경우. (I have a condition that cannot be cured and that will result in my death within a relatively short period of time.)  
(initials)

\_\_\_\_\_ (이니셜) 무의식 상태에서 의식 회복 가능성이 거의 없다는 진단을 받은 경우. (I become unconscious and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, I will never regain any consciousness.)  
(initials)

\_\_\_\_\_ (이니셜) 중증 치매 또는 기타 중대한 사고력 상실 상태에서 회복 가능성이 거의 없다는 진단을 받은 경우. (I suffer from advanced dementia or any other condition which results in the substantial loss of my ability to think, and my doctors determine that, to a high degree of medical certainty, this is not going to get better.)  
(initials)

2. \_\_\_\_\_ (이니셜) 위의 1번 항목에 이니셜을 기재한 상황에서 다른 연명 조치로는 생명을 연장하고 싶지 않지만 경관 급식은 받길 원합니다. (해당 상황에서 경관 급식을 원하는 경우에만 여기에 이니셜을 기재하십시오.)

(Even though I do not want my life prolonged by other life-prolonging measures in the situations I have initialed in section 1 above, I DO want to receive tube feeding in those situations (initial here only if you DO want tube feeding in those situations).)

3. 가급적 편안한 상태를 원합니다. 나의 죽음을 앞당길 수 있더라도 의료 제공자가 가급적 나를 깨끗하고 편안하고 고통 없이 치료해 주기를 바랍니다.

(I wish to be made as comfortable as possible. I want my health care providers to keep me as clean, comfortable, and free of pain as possible, even though this care may hasten my death.)

4. 의료 제공자는 생전 유서를 근거로 이니셜을 기재한 상기 상황에서 연명 조치를 보류하거나 중단할 수 있습니다.

(My health care providers may rely on this living will to withhold or discontinue life-prolonging measures in the situations I have initialed above.)

5. 사전 의료 지시서의 제 1 부 또는 유사 문서에서 선정한 의료 대리인이 생전 유서에서 밝힌 희망 사항과 다른 지침을 제공한 경우에는 (참고: 아래 두 항목 중 하나에만 이니셜을 기재하십시오.)

*(If I have appointed a health care agent in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care in Part A of this advance directive or a similar document, and that health care agent gives instructions that differ from the desires expressed in this living will, then: (NOTE: initial ONLY ONE of the two choices below):*

\_\_\_\_\_ (이니셜) **생전 유서를 따르십시오.** 의료 대리인은 나의 생전 유서에 명시한 것과 다른 결정을 내릴 수 없습니다. **(Follow this living will.** My health care agent cannot make decisions that are different from what I have stated in this living will.)

\_\_\_\_\_ (이니셜) **의료 대리인의 의견을 따르십시오:** 의료 대리인은 나의 생전 유서에 명시한 것과 다른 결정을 내릴 수 있는 권한이 있습니다. **(Follow health care agent.** My health care agent has the authority to make decisions that are different from what I have indicated in this living will.)

**제3부: 문서 작성 (증인 두 명과 공증인 한 명이 참석한 상태에서 이 문서에 서명합니다.)**  
**(Part C: Completing this Document)** (wait until two witnesses and a notary public are present before you sign!)

**1. 본인 서명 (Your Signature)**

나는 정신이 맑고 건강하며 이 문서의 내용을 모두 숙지했습니다.  
(I am mentally alert and competent, and I am fully informed about the contents of this document.)

날짜 (Date): \_\_\_\_\_

서명 (Signature): \_\_\_\_\_

**2. 증인 서명 (Signatures of Witnesses)**

본인은 위에 명명된 사람, \_\_\_\_\_ 이, 건전한 정신으로 (또는 그를 대신하여 서명하도록 다른 사람에게 지시하여) 본인 앞에서 앞서 말한 문서에 서명하였음을 명시합니다. 본인은 서명인과 혈연 또는 혼인 관계가 없으며, 서명인이 당일 유언 없이 사망할 경우, 유언장이나 유언 보충서에 따라서, 또는 법적 상속인으로서 서명인의 재산의 어떠한 부분도 받을 권리가 없습니다. 본인은 서명인의 주치의가 아닙니다. 본인은 (1) 서명인의 주치의 또는 정신 건강 치료 제공자의 직원, (2) 서명인이 환자로 소속된 의료 시설의 직원, 또는 3) 서명인이 머물고 있는 요양원 또는 요양소의 직원인 의료진이나 정신 건강 치료 제공자가 아닙니다. 본인에게 서명인이나 그의 재산을 상대로 주장하는 채권이 없습니다.

(I hereby state that the person named above, \_\_\_\_\_ being of sound mind, signed (or directed another to sign on the person's behalf) the foregoing document in my presence. I am not related to the person by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the person under any existing will or codicil of the person or as an heir under the law, if the person died on this date without a will. I am not the person's attending physician. I am not a licensed health care provider or mental health treatment provider who is (1) an employee of the person's attending physician or mental health treatment provider, (2) an employee of the health facility in which the person is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care homewhere the person resides. I do not have any claim against the person or the estate of the person.)

날짜 (Date): \_\_\_\_\_ 증인 서명 (Signature of Witness): \_\_\_\_\_

날짜 (Date): \_\_\_\_\_ 증인 서명 (Signature of Witness): \_\_\_\_\_

**3. 공증 (Notarization)**

\_\_\_\_\_ 국가 (COUNTY), \_\_\_\_\_ 주/시/도 (STATE)

아래 날짜에 본인 앞에서 하기인이 서약(또는 확인)하고 서명했음을 공증합니다  
(Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by)

\_\_\_\_\_ (타이핑 또는 정자로 서명자의 이름 기재) (type/print name of signer)

\_\_\_\_\_ (타이핑 또는 정자로 서명자의 이름 기재) (type/print name of witness)

\_\_\_\_\_ (타이핑 또는 정자로 서명자의 이름 기재) (type/print name of witness)

날짜 (Date): \_\_\_\_\_  
(직인) (Official Seal)

\_\_\_\_\_  
공증인 서명 (Signature of Notary Public)  
\_\_\_\_\_, 공증인  
타이핑 또는 정자로 이름 기재 (Printed or typed name)

공증 유효 기간 (My commission expires): \_\_\_\_\_