|  |  |
| --- | --- |
|  | **MARYLAND**Department of Health |

**Behavioral Health Administration**

**정신 건강 치료를**

**위한**

**사전의료지시서**

**주의:** *본 지시서는 중요한 법률 서류입니다.*

*본 지시서에 서명하기 전에 중요 사실을 인지해야 합니다.*

**소개**

메릴랜드주 법률은 정신 건강 치료에 대한 결정에 관여할 권리를 16세 이상의 주민에게 부여합니다. 그러나, 미성년자의 반대에도 불구하고 18세 이하 미성년자의 부모 또는 보호자는 치료를 승인할 수 있습니다.

법률은 또한 어떤 사람이 치료 결정을 내릴 수 없는 경우에 대해 명시하고 있습니다. 메릴랜드주 법률에 따라 사전의료지시서라고 하는 절차를 통해 정신 건강 치료 결정을 포함하여 사전에 의사를 결정할 권리를 주민에게 부여합니다. 사전의료지시서를 통해 치료 선택 사항을 명시하거나, 귀하를 위해 치료 결정을 내릴 의료 대리인을 지정할 수 있습니다.

1. 정신 질환을 겪고 있는 사람은 본 지시서를 사용하여 결정을 내릴 능력이 없는 상황에서도 중요한 정신 건강 치료 결정에 참여할 기회를 얻을 수 있습니다. 정신병 약물 치료의 결정, 그리고 격리 및 억제를 포함하여 기타 치료 결정에 동의 또는 거부 의사를 표현할 수 있습니다. 메릴랜드주 법률에 따라 정신병원에 비자발적으로 구금되는 등 제한적 상황에서 의료진은 정신병 약물 치료에 대한 귀하의 거부를 무시할 수 있습니다.

1. 18세 이상이며, 의사 결정을 내릴 수 있다고 판단되는 주민은 본 지시서를 작성할 수 있습니다. 사전의료지시는 구두 또는 서면으로 실행될 수 있습니다. 서면으로 지시할 경우 서명하고 날짜를 기입해야 합니다. 또한, 두 명의 증인이 지시서에 서명해야 합니다. 의료 대리인은 증인이 될 수 없습니다. 증인 중 최소 1명은 재산 상속, 보험금 수령 등 사망 후 수혜자로 알려진 사람이 될 수 잆습니다. 증인들은 지시를 내리는 사람과 개인적인 친분이 있으며 건전한 정신 상태임을 명시하는 서류에 서명해야 합니다.

1. 동의 불능 상태일 때 어떤 치료를 받고 싶은지 의료진에게 지시하고 싶지만 의료 대리인을 지정하고 싶지 않을 경우, "정신 건강 치료을 위한 사전의료지시서"를 작성하십시오. 귀하를 대신하여 결정할 의료 대리인을 지정하고 싶다면 "의료 대리인 지정서"를 작성하십시오. 치료를 결정한 의료 대리인을 지정하고 치료 결정을 지시하고 싶다면 두 가지 양식을 모두 작성하십시오. 구두로 지시할 경우, 주치의 및 한 명의 증인이 존재하는 상태에서 해야 합니다.

1. 또한, 귀하가 결정 불능 상태일 때 귀하의 정신 건강 치료를 결정할 의료 대리인을 사전의료지시서에서 지정할 수 있습니다. 의료 대리인은 본 지시서에 명시된 내용에 따라 치료를 결정해야 하며, 귀하가 원하는 치료를 명시하지 않았거나 의료 대리인이 알지 못한다면 해당 대리인은 귀하에게 최상의 이익이 되도록 선의에 따라 행동해야 합니다. 대리인으로 지정한 당사자에게 사전의료지시서에 이름을 지명했다고 알려야 하며, 당사자로부터 의료 대리인이 되겠다는 동의를 받아야 합니다. 의료 대리인에게 귀하의 정신 질환 상태 및 본 지시서에 명시한 치료 결정에 대해 알려야 합니다. 가족, 가까운 친구, 정신 건강 주치의와 본 지시서의 내용을 논의할 것을 권장합니다.

1. 법무부는 의료 대리인이 환자를 정신병원 등의 시설에 입원시킬 수 있다는 의견을 제시했습니다. 의료 대리인이 이러한 치료 결정을 내릴 수 있도록 하려면 지시서에 그 내용을 명시하십시오.

1. 메릴랜드주 법률에 따라, 특정 상황에서 환자의 명시적 표현에도 불구하고 정신병 약물 치료를 실시하거나, 환자의 명시적 표현에도 불구하고 환자를 시설에 격리 또는 억제할 수 있습니다.

# 정신 건강 서비스에 대한 사전의료지시서

본인(*이름*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_은 성인이며, 감정적 정신적으로 본 지시를 내릴 수 있으며, 본 사전의료지시서를 자유 의지로 작성함으로써 두 명의 의사가 정신병 또는 신체 질환이 발생하여 본인이 의사 결정을 내릴 수 없다는 결정을 내렸을 때 치료를 받을 것입니다. (두 번째 의사는 치료에 참여하지 않을 수 있음). 내 스스로 의사 결정을 내릴 수 없을 때 치료를 진행하기 원합니다. 치료 결정을 위해 보호자 또는 기타 의사 결정자를 법원에서 선택한 경우, 본 지시서를 다른 모든 수단보다 우선적으로 고려하여 의사 결정 능력이 있을 때 내린 본인의 치료 결정 사항을 확인해야 합니다.

확인된 정신병의 일반적인 증상:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

의료진에게 아래에 명시된 결정을 따를 것을 지시합니다.

 **정신 질환의 약물 치료:**

정신 질환의 약물 치료를 결정할 수 없을 때, 본인이 원하는 약물 치료는 다음과 같습니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

다음 약물에 대한 알레르기 반응을 보일 수 있습니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **의약품**  |  | **반응**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_***\_\_\_\_\_\_\_**  |

다음 약물이 과거에 도움이 되었으며 처방 받을 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*해당하는 모든 항목에 이니셜 기입:*

\_\_\_\_\_\_정신 건강을 확인하거나 평가하기 위한 모든 검사 및 수단을 진행하는 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_\_약물이 신체에 얼마나 효과적이며 영향을 미치는지 확인하는 혈액 검사 등 모든 검사 및 기타 수단을 진행하는 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_\_다음 약물, 또는 자체 브랜드명, 상표명, 이와 동등한 일반의약품의 투여에 특히 동의하지 않습니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***의약품***  |  | ***동의하지 않는 사유***  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

**\_\_\_\_\_\_**상기 목록에도 불구하고 담당 정신과 의사가 처방하는 모든 약물의 투여에 동의합니다.

***입원 병원 외의 정신 건강 서비스 시설에 대한 입원 및 계속 치료***

하나만 체크

\_\_\_\_\_정신병원 외의 시설 또는 기타 의료 제공자(예: 클리닉, PRP, 모바일 치료)로부터 정신 건강 서비스를 받은 것에 대한 선호도가 없습니다.

\_\_\_\_\_병원이 아닌 시설에서 서비스를 받는 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_병원 이외의 의료 제공자 또는 시설에서 정신 건강 서비스를 받는 것에 동의하지 않습니다.

조건/ 제한 사항:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 기타 선택 사항

정신 건강 치료에 대한 의사 결정을 내릴 수 없을 때, 받고 싶은 정보와 옵션은 다음과 같습니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 기록 공개

본인은(하나만 선택)

\_\_\_\_\_모든 정신 건강 기록

\_\_\_\_\_다음 제공자가 보유하는 다음 정신 건강 기록:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

을 다음 사람에게 공개할 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*기록 공개 대상자 이름)*

**의료 대리인 지명**

다음 사람을 본인을 대신하여 치료 결정을 내릴 본인의 의료 대리인으로 지명합니다.

*이름\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*주소\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

### 직장 전화 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 자택 전호\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

이 대리인이 대리인 역할을 할 수 없거나, 원하지 않거나, 다른 일을 할 경우, 다음 사람을 대리인으로 지명합니다.

*이름:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*주소 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

### 직장 전화 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 자택 전화 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

의료 대리인은 다음과 같이 본인을 위한 치료를 결정할 완전한 권한을 보유합니다.

\_\_\_\_\_ 상기의 지시 범위로 한정.

\_\_\_\_\_ 상기에 내 의도가 명시되지 않으며, 의료 대리인이 내 의도를 알지 못하거나, 내 의도가 알려지지 않았거나 불확실한 경우, 의료 대리인은 최상의 내 이익을 위해 결정을 내리고, 특정 치료 실행 또는 치료 과정에서 발생하거나, 치료 실행 또는 치료 과정에서 취해지는 철회 또는 취소로 인해 발생할 수 있는 혜택, 부담, 위험을 고려한 후 결정할 수 있습니다.

의료 대리인의 권한에는 다음 조건 및 제한 사항이 적용됩니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

의료 대리인은 다음의 권한을 보유합니다.

1. 의료 및 병원 기록을 포함하여 신체 또는 정신 건강과 관련된 구도 또는 서면 정보를 요청, 수신 및 검토할 권한 및 이러한 정보를 공개할 권한.

1. 의료진을 고용하고 계약 해지할 권한.

1. 시설(정신병원 이외의 것), 요양원, 성인 간호 시설, 기타 간호 시설, 치료 시설에 입원하거나, 그러한 시설에서 퇴원할 것을 승인할 권한

*한 군데에 동그라미:*

의료 대리인은 내가 정신병원에 입원하거나, 퇴원할 것을 승인할 권한을 **보유함** **보유하지 않음**.

*한 군데에 체크:*

다음 상황에서 의료 대리인의 권한이 발효됩니다.

\_\_\_\_\_ 참석 의사 및 두 번째 의사가 내 치료와 관련하여 내가 올바른 의사 표현을 할 수 없다고 결정을 내릴 경우,

 ***또는***

\_\_\_\_\_ 이 지시서에 서명한 경우.

의료 대리인은 본 계약에 따른 치료 비용을 지불한 책임이 없습니다.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###  날짜 서명

본인이 참석한 자리에서 본 사전의료지시서에 서명하고 서명함을 인정한 상기 지시자는 본인의 판단에 따라 지시할 능력이 있습니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| *증인 이름*  |  | *증인 서명*  |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |  | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |
| *증인 이름*  |  | *증인 서명*  |