뉴욕 주 내 병원
환자로서 귀하의 권리

본 책자를 참조용으로 보관해 두십시오.
자세히 읽고 귀하의 의료 관리와 관련된 정보를
가족 및 친구와 공유하시기 바랍니다.

본 책자를 참조용으로 보관해 두십시오. 자세히 읽고 귀하의 의료 관리와 관련된 정보를 가족 및 친구와 공유하시기 바랍니다.

주 정부와 연방 정부는 뉴욕 주 내 모든 병원 환자들이 입원 시에 특정 정보와 자료를 받도록 필수로 요구하고 있습니다. 본 책자는 귀하가 제공받아야 하는 정보를 모두 한 자리에 모아 놓았으며, 각 병원 환자의 권리를 설명하고, 환자들에게 지원을 받을 수 있는 최적의 방법에 대해 조언하는 책자입니다.

본 책자는 두 가지 섹션으로 나뉘어집니다:

- 본 책자의 첫 번째 섹션은 뉴욕 주 내 각 환자의 권리를 설명합니다.
  이 섹션은 또한 병원 내에서 자주 사용되는 단어의 이해를 돕는 용어집을 포함합니다.
- 두 번째 섹션은 환자 뉴욕 주 내 병원에 있는 동안 병원이 각 환자에게 제공하도록 법적으로 요구되는 서류를 제공하고 있습니다.

질문 또는 의견: hospinfo@health.ny.gov

내용

귀하의 권리 소개 2
귀하의 특별 요구 사항 소개 2
병원 치료에 관한 우려 사항/문제/불만 3
지나친 조기 퇴원을 요청받은 것으로 판단할 경우 4
귀하에게는 다음에 관해 불만을 제기할 권리가 있습니다:
의사 또는 의사 보조 5
기타 건강 관리 전문가 5
병원 청구서 또는 건강 보험에 관한 문의 사항 또는 불만 6
의료 기록 이용 7
용어집 8
규정 및 정보 12
환자의 권리 장전 13
입원 환자로서 귀하의 권리에 관한 중요 메시지
(Medicare 비보장 환자의 경우) 14
Medicare 보장 환자를 위한 입원 통지 15
Medicare에서 전하는 중요 메시지 17
의료 관리 결정: 환자 및 가족을 위한 안내 21
소개 22
정보에 근거한 의사 결정을 내릴 수 있는 성인 환자 22
사전 의사 결정서/의료 관리 위임장 22
병원 및 요양원 내 의료 관리 의사 결정 23
병원 및 요양원 내 연명 치료의 보류 또는 철회 결정 24
법적 보호자 및 특별 대리인을 위한 의사 결정 기준 25
분쟁 해결 27
병원 또는 요양원 밖 심폐 소생술 금지(Do Not Resuscitate, DNR) 지시 28
의료 관리 위임 – 뉴욕 주 대리권 법 29
New York State Department of Health(뉴욕주 보건국)에서 보내는 서신
(SPARCS 데이터 수집 시스템 설명) 37
임산부 정보 38
가정 폭력: 출산 전 및 임산부 환자를 위한 통지 39
가정 폭력: 피해자의 권리 통지 41
환자의 권리 장전 43

귀하의 권리 소개

귀하는 뉴욕 주 병원 내 환자로서 주법 및 연방법과 규정이 보장하는 특정 권리를 가지고 보호받습니다. 해당 법률 및 규정은 귀하의 병원 치료의 품질과 안전을 보장합니다. 귀하의 권리에 대한 이해를 돕기 위해 New York State Department of Health는 본 책자를 마련했습니다.

본 책자를 참조용으로 보관해 두십시오. 자세히 읽고 귀하의 의료 관리와 관련된 정보를 가족 및 친구와 공유하시기 바랍니다.

귀하는 자신의 건강 관리에 관한 의사 결정에 참여하고 관리 및 치료에 관해 듣는 내용을 이해할 권리가 있습니다. 예를 들어, 검사, 치료 및 처방 약품에 관한 명확한 설명을 받을 수 있습니다. 언제든지 담당 의사, 간호사 또는 병원 직원에게 문의해 주시기 바랍니다. **귀하는 진행 상황을 알 권리가 있습니다.**

모든 환자는 각기 다르고 입원 상태도 모두 다릅니다. 어떤 특정 권한이 적용되고 도움이 필요하다고 생각되는 경우 무엇을 해야 할지를 아는 것이 중요합니다. 병원 퇴원 시 적용되는 일부 권리와 보호는 올바른 서면 통지를 받느냐에 따라 달라집니다. 또한 도움을 받기 위해 언제 어디로 전화하거나 서신을 보내야 하는지 설명하는 정보를 받게 됩니다.

문제가 있거나 이해하지 못하는 내용이 있는 경우, 담당 간호사, 의사, 사회 복지사 또는 환자 담당자에게 문의하십시오.

이들은 다음과 같은 조치를 취할 수 있습니다.

- 귀하가 답변을 들을 수 있도록 도움을 드립니다.
- 특별 지원을 마련합니다.
- 가족에게 연락합니다.
- 외국어 및 수화 통역자를 구합니다.
- 대개 귀하의 병원 생활을 더욱 쉽게 합니다.

귀하의 특별 요구 사항 소개

각 병원에는 귀하의 권리를 설명하거나 이에 대한 문의 사항에 답하고 귀하가 그러한 권리를 보장 받을 수 있는 방법에 관한 정보를 제공하는 직원이 배치되어 있어야 합니다.

- 귀하가 청각 또는 시력이 손상된 경우 또는 영어가 모국어가 아닌 경우, 귀하를 지원할 수 있도록 숙련된 통역자를 제공해야 합니다. 필요하다고 생각되는 경우 귀하는 중요한 병원 양식, 지침 및 정보에 관한 번역 및/또는 사본을 받아야 합니다.

그러나 귀하는 목소리를 내고 문의해야 합니다.

병원 입원 전 환자 담당자에게 문의하여 병원 입원 시 귀하의 특별 요청이 마련되었는지 확인할 수 있습니다.

- 본 책자에 나와 있는 모든 정보에 관한 문의 사항이 있거나 귀하의 요구 사항이 적절하게 충족되지 않은 것으로 판단되는 경우, 추가 설명을 위해 환자 담당자 또는 다른 병원 담당 직원에게 문의하거나 New York State Department of Health(3페이지 참조)에 문의하십시오.

병원 치료에 관한 우려 사항/문제/불만

입원 동안 치료의 모든 측면과 관련된 우려 사항, 문제 또는 불만이 있는 경우 담당 의사, 간호사 또는 병원 직원에게 말하십시오. 병원 직원이 문제를 해결하지 못한 경우 New York State Health Department에 우편이나 전화로 문의할 수 있습니다.

수신자 부담 전화 1-800-804-5447번으로 전화하거나 서면으로 불만을 제기하여 다음 주소로 제출할 수 있습니다.

New York State Department of Health
Centralized Hospital Intake Program Mailstop: CA/DCS
Empire State Plaza
Albany, NY 12237

지나친 조기 퇴원을 요청받은 것으로 판단할 경우...

귀하는 담당 의사, 병원 직원 또는 담당 관리형 건강 보험이 내린 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

- 퇴원 시기에 관해
- 조기 퇴원을 종용받는 것으로 느껴질 경우
- 퇴원 후 귀하에게 필요할 수 있는 의료 치료 및 기타 서비스에 대한 적당한 또는 적절한 계획이 제공되지 않았다고 생각하는 경우, 또는
- 필요한 서비스가 마련되지 않은 경우

법률에 따라 귀하는 귀하에게 다음 사항을 알리는 사전 통지를 서면으로 제공받아야 합니다.

- 담당 의사 및/또는 병원에서 예정한 귀하의 퇴원일
- 계속 입원하고 싶은 경우 이의를 제기하는 방법 및
- 퇴원과 관련된 모든 문제를 다룰 특별 전화번호

자세한 정보는 14페이지를 참조하십시오.

지원/도움 요청

귀하의 해당 지역 및 건강 보험 보장을 위한 독립 전문 심사 대리인(Independent Professional Review Agent, IPRA)이 있습니다. IPRA의 지원/ 도움이 필요한 경우, 병원에서 귀하에게 연락할 전화번호/담당자를 알려줍니다. 자세한 정보는 9페이지와 15페이지를 참조하십시오.

Medicare 환자 전용

조기 퇴원을 요청받고 퇴원 시기를 알리는 사전 통지를 받지 못했다고 판단되는 경우, 퇴원 통지서("Medicare가 전하는 귀하의 권리에 관한 중요 메시지"라고 함)를 요구하세요. 건강 관리 유지 기구(Healthcare Maintenance Organization, HMO)에 가입한 경우 "Medicare가 전하는 귀하의 권리에 관한 중요 메시지" 또한 요청해야 합니다. 퇴원 시기에 관한 담당의와 병원의 결정에 이의를 제기하려면 해당 서면 퇴원 통지서를 소지해야 합니다. 세부 설명은 17페이지에 나온 "Medicare가 전하는 귀하의 권리에 관한 중요 메시지"를 참조하십시오.

관리형 케어 플랜 환자용

HMO 또는 관리형 건강 보험에 등록된 환자인 경우, 귀하의 혜택이 부당하게 제한 또는 거부되거나 조기 퇴원을 요청받았거나 의학적으로 필요한 서비스가 보장 범위에서 부적절하게 제외된다고 판단되면 먼저 HMO 또는 플랜의 활용 평가 위원회에 신속 이의 제기서를 요청/ 제출하십시오. 이의 요청 결과에 만족하지 않을 경우, 다음 전화 번호로 New York State Department of Health에 문의할 수 있습니다: **1-800-206-8125.**

"공중 보건법 4408, 정보 공개"를 개정한 1996 관리형 의료법.

귀하에게는 다음에 관해 불만을 제기할 권리가 있습니다:

• 의사 또는 의사 보조

의사나 의사 보조로부터 무능, 태만 또는 부정 치료를 받은 것으로 판단되는 경우 New York State Department of Health의 Office of Professional Medical Conduct(전문 의료 행위부, OPMC)에 신고할 수 있습니다. OPMC는 의사와 의사 보조의 전문 위법 행위에 관한 모든 신고를 조사합니다. 신고서는 의사 또는 의사 보조의 성명과 주소 및 모든 관련 정보를 포함해야 합니다. 신고는 다음 주소로 서면으로 요청해야 합니다.

New York State Department of Health
Office of Professional Medical Conduct
Intake Unit
Riverview Center
150 Broadway, Suite 355
Albany, NY 12204-2719

자세한 정보 또는 이의제기 신청서를 얻으려면 **1-800-663-6114**번으로 전화 주시거나 Department of Health 웹사이트 health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/를 방문하시기 바랍니다.

신고는 기밀이 보장됩니다. 조사는 Board for Professional Medical Conduct(전문 의료 행위 위원회) 위원 앞에서 공식 심리로 이어질 수 있습니다. 위원회는 보건부 국장이 임명한 의사 및 소비자 회원으로 구성됩니다.

의사 또는 의사 보조의 "의료 위법 행위"의 실례에 대해 용어집 10페이지를 참조하십시오.

• 기타 건강 관리 전문가

간호사, 치과 의사, 사회 복지사, 검안사, 심리 전문가, 물리 치료사 또는 작업 치료사 및 발병 전문가 등 모든 기타 면허 보건 전문가로부터 무능, 태만 또는 부정 치료를 받았다고 판단되는 경우, 아래로 연락해 이의를 제기할 수 있습니다.

New York State Education Department
Office of Professional Discipline
475 Park Avenue South
2nd Floor
New York, New York 10016
1-800-442-8106

병원 청구서 또는 건강 보험에 관한 문의 사항 또는 불만

- 귀하는 병원 환자로서 항목별 청구서를 받을 수 있습니다.
- 귀하의 병원 청구서에는 "추가 요금"으로 불리는 비용을 파악할 수 있습니다. 청구서에 별도의 비용으로 기재되지 않았을 수 있지만, 이 추가 요금은 중요한 공공 프로그램에 자금을 지원하며 지난 몇 년 동안 시행되었습니다. 추가 요금은 뉴욕주 소재 총 병원 청구서상의 추가 지급액을 나타내며, 귀하의 보험 계약에 따라 뉴욕주 법률상 해당 비용의 일부를 귀하에게 청구합니다.
- 병원은 보험사, HMO 및 기타 관리형 건강 보험 및 상업 보험사와 자가보험 기관과 지급률을 협상합니다. 해당 지급률은 달라질 수 있습니다. 귀하의 보장과 관련한 문의 사항은 담당 보험사에 문의하십시오.

귀하의 보장, 청구되는 서비스 또는 지급액에 관해 문의 사항이 있는 경우 병원의 청구서 발부 사무소 및 담당 보험사에 문의하여 모든 문의 사항/문제를 해결하십시오.

Medicare 환자용

Medicare 환자로서 병원 청구서에 문의 사항이 있는 경우 Medicare에 다음 번호로 전화하십시오. **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

관리형 케어 플랜 환자용

관리형 건강 보험에 가입하고 치료를 받는 데 문제가 있거나 치료가 만족스럽지 않다고 판단되는 경우, 플랜에 이의를 제기할 수 있습니다. 플랜 책자는 반드시 이의 제기 방법 및 즉각 심사를 받는 방법을 명시해야 합니다. HMO 또는 플랜의 이의 제기 대응에 만족하지 않을 경우, 다음 번호로 전화해 New York State Department of Health에 문의할 수 있습니다.
1-800-206-8125

Medicare 관리형 케어 가입자는 Livanta로 연락할 수 있습니다:
1-866-815-5440

귀하의 의료 기록 접근

뉴욕 주 법은 모든 건강 관리 종사자와 시설에서 환자에게 각자의 의료 기록을 조회하도록 합니다. 공중 보건법 제18항에는 해당 기록을 이용할 수 있는 절차 및 공급자가 조회를 거부할 수 있는 조건이 실려 있습니다. 환자는 서면으로 정보를 요청할 수 있으며 부모 또는 자녀의 치료를 승인한 보호자도 정보를 요청할 수 있습니다.

귀하의 의료 기록을 열람하고 싶은 경우 의사 및/또는 병원의 의료 기록 담당자에게 요청하십시오. 뉴욕주 법은 귀하가 서면 요청 후 10일 이내에 의료 기록을 조사할 수 있는 기회를 보장합니다.

귀하의 의료 기록 사본을 받고 싶은 경우, 병원에 서면 요청서를 제출해야 합니다. 요청서를 병원의 의료 기록 담당자에게 제출하시기 바랍니다. 기록 사본을 요청하는 경우, 병원은 페이지당 최대 75센트를 이용자에게 부과할 수 있습니다.

병원에서 수신 확인을 하지 못하거나 요청에 따라 이행하지 않을 경우, 1-800-804-5447번으로 전화해 Department of Health에 이의를 제기할 수 있습니다.

귀하의 병원 기록 일부 혹은 전체에 대한 조회가 거부된 경우 New York State Department of Health의 의료 기록 이용 심사 위원회(Medical Records Access Review Committee)에 이의를 제기할 수 있습니다. 해당 병원/의사는 해당 이의 제기 절차에 관한 거부 및 정보에 대한 이유(들)를 설명하는 양식(DOH-1989)을 제출해야 합니다. 제공자는 공중 보건법 섹션 18에 따라 양식을 제공하고 작성 완료해야 합니다. 다음 링크에서는 사용해야 하는 양식, 항소 진행 과정, 그리고 항소가 거부되는 경우 취해야 하는 행동 등을 포함한 모든 절차에 대한 설명을 찾아보실 수 있습니다:

health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/docs/you_and_your_health_records.htm

용어집

사전 의사 결정서
사전 의사 결정서는 정상적인 생활이 불가능한 질병이나 상해 전에 귀하가 내리는 구두 또는 서면 지시 사항입니다(22페이지 참조). 사전 의사 결정서는 귀하의 병이 위중하거나 귀하의 의료 관리에 관한 의사 결정을 할 수 없는 경우 치료에 관한 귀하의 의사가 이행되도록 알리는 것입니다. 사전 의사 결정서는 귀하의 의료 기록 및 존엄사 유언에 기록된 DNR 지시 동의서인 건강 관리 위임장을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다.

심폐소생술(CRP)
CPR은 호흡이나 순환이 정지할 때 환자의 심장과 폐를 다시 회복하게 하는 데 이용되는 의료 절차입니다(24페이지 참조).

진단명군(DRG)
DRG 시스템은 사람이 병원에 입원하는 전 범위의 사유를 대략 600개 군의 카테고리로 분류하여 보험사가 병원에 지급할 금액을 결정합니다. DRG 시스템은 같거나 비슷한 질환으로 진단을 받았으며 비슷한 유형의 치료를 필요로 하는 비슷한 연령대의 환자들을 치료하는 데 드는 평균 비용에 기반한 시스템입니다. 예를 들면, 폐렴에 걸린 환자들을 치료하는 데는 일정한 비용이 들고, 고관절이 골절된 환자들을 치료하는 데는 그와는 다른 비용이 듭니다. 이러한 비용은 병원에 드는 비용, 지역별 비용, 물가 상승 및 환자의 요구 사항을 고려하여 계산됩니다. New York State Department of Health는 각 병원 내 각 DRG를 위해 Medicaid 및 노동자 보상/무과실 비용 지급률을 설정하였습니다. 이는 환자가 병원에 머무를 수 있는 날 수를 제한하지 않습니다. 귀하의 병원 입원 기간은 온전히 귀하의 질환에 달려 있습니다. (참고: 일부 특별 유닛 및 시설은 DRG를 사용하지 않습니다.)

퇴원 통지서
뉴욕주 병원 퇴원 통지서는 퇴원 날짜 및 퇴원 통지에 동의하지 않는 경우 이의를 제기하는 방법에 관한 정보를 포함해야 합니다. 퇴원 통지서는 퇴원 24시간 전에 모든 환자("Medicare에서 전하는 중요 메시지"의 사본을 받은 Medicare 환자 제외)에게 서면으로 제공해야 합니다. Medicare 환자는 퇴원에 동의하지 않을 경우 서면 퇴원 통지서("Medicare에서 전하는 중요 메시지")를 요청해야 합니다. 요청이 있을 경우 해당 통지서를 제공해야 합니다. 해당 통지서를 제공한 후 및 Medicare 환자가 통지에 동의하지 않을 경우 이의 제기가 처리될 수 있습니다.

퇴원 계획
뉴욕주 내 병원의 모든 환자들(Medicare 환자 포함)은 병원을 떠나기 전에 서면으로 퇴원 계획을 제공받아야 합니다. 본 계획은 귀하가 병원을 떠나고 난 후에 필요로 할 수 있는 치료 서비스 이용 방식을 모두 설명해야 합니다. 본 계획이 설명하는 필수 서비스는 귀하가 병원을 떠나기 전에 미리 확보되거나 합리적으로 이용이 가능해야 합니다.

퇴원 계획하기
퇴원 계획하기는 병원 직원이 귀하 및 귀하의 가족이나 귀하의 대리인과 함께 협력하여 귀하가 병원을 떠나고 난 후에 필요로 하는 치료에 대한 준비를 하고 해당 치료/관리를 마련하는 과정입니다. 이러한 준비는 자가 관리, 가족이 제공하는 관리, 가정 건강 지원 또는 기타 건강 치료 시설의 입원 등을 포함할 수 있습니다. 퇴원 계획하기는 귀하가 병원을 떠나고 나서 필요로 할 것들이 무엇인지를 판단하고 해당 사항을 식별하는 것과 퇴원 후 그러한 필요 사항을 충족할 수 있는 알맞은 관리법의 계획을 포함합니다. 이러한 퇴원 계획은 귀하가 병원을 떠나기 전에 서면으로 제공되어야 합니다. 퇴원 계획 수립은 일반적으로 환자, 가족 또는 귀하가 귀하를 대리하도록 지정한 사람, 의사 및 병원 직원을 포함합니다. 일부 병원은 "퇴원 계획 수립 담당" 직원이 있습니다. 다른 병원에서는 간호사 또는 사회 복지사가 퇴원 계획 수립을 지원할 수 있습니다.

심폐소생술 거부(DNR) 지시
요청 시 DNR 지시는 귀하의 의료 차트에 포함될 수 있습니다. 이는 귀하의 호흡이나 심장 박동이 중단된 경우 의료진이 귀하를 소생시키려는 노력을 하지 않도록 지시합니다. 이는 의사, 간호사

및 기타 건강 관리 종사자가 구강 대 구강 인공호흡, 외부 흉부 압박, 전기 충격, 기도를 여는 관 삽입, 심장 또는 개흉으로 약물 주사 등의 긴급 처방을 시작하지 않음을 의미합니다. 뉴욕 주 법에 따라 두 명의 입회인이 있는 경우 모든 성인 환자는 DNR 지시를 구두 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 또한 건강 관리 위임법은 귀하가 DNR 및 기타 치료 결정을 내릴 수 없게 되는 경우 이에 관한 결정을 내릴 수 있는 사람을 지정할 수 있게 합니다.

건강 관리 위임 양식

뉴욕 주에는 귀하가 스스로 의사 결정을 내릴 수 있는 능력을 상실할 경우 귀하의 치료 결정을 내려 줄 사람으로 귀하가 신뢰하는 사람, 예를 들면 가족이나 가까운 지인을 건강 관리 대리인으로 지정할 수 있는 법률이 있습니다. 또한 해당 양식을 사용해 귀하가 사망할 경우 장기 기증에 관한 귀하의 의사를 표시할 수 있습니다(29페이지 참조).

독립 전문 심사 대리인(IPRA)

이 심사 대리인은 병원 퇴원 후 필요하게 될 치료를 받는 데 문제가 있는 경우 Medicaid, 민간 보험에서 보장하는 환자 또는 다른 보험이 전혀 없는 환자의 이의 제기를 처리합니다. 예를 들어, IPRA는 의학적으로 준비되기 전 및 적절한 퇴원 계획이 완료되지 않은 경우 또는 적절한 서비스가 마련되지 않은 경우 퇴원한 환자의 의료 기록을 심사합니다.

아일랜드 동료 평가 단체(IPRO)

아일랜드 동료 평가 단체(IPRO)는 New York State Department of Health와 협력해 Medicaid 유자격자에게 제공하는 병원 치료 평가를 수행합니다. 이 기구는 Medicare 환자가 너무 일찍 병원에서 퇴원했다고 생각되는 경우 연락해야 하는 기관입니다. 무료 전화 1-800-648-4776 또는 1-516-326-6131번으로 문의하시기 바랍니다.

Livanta

이는 뉴욕 주에서 Medicare 환자 에게 제공되는 병원 치료를 심사하는 연방 및 주 정부가 체결한 품질 개선 기구입니다.

- 이 기구는 Medicare 환자가 너무 일찍 병원에서 퇴원했다고 생각되는 경우 연락해야 하는 기관입니다. Medicare 및 Medicaid의 이중 보험이 있는 환자는 Livanta에 무료 전화 1-866-815-5440번으로 연락할 수 있습니다.
- Medicare 환자로서 귀하가 받는 의료 품질에 불만이 있는 경우 Livanta 무료 전화 1-866-815-5440번으로 전화하십시오.
- TTY 사용자는 1-866-868-2289번으로 전화하십시오.
- Livanta는 모든 언어의 번역 서비스를 제공합니다.

사전 의사 결정서

사전 의사 결정서는 의사 결정 능력을 상실하기 전에 성인 환자가 건강 관리 치료에 관해 내리는 서면 지시입니다. 사전 의사 결정서는 귀하가 중병으로 인해 의사소통을 할 수 없을 때 귀하의 희망 사항에 대한 증거로 간주될 수 있습니다(그러한 희망 사항이 확실하고 설득력있게 표현된 경우).

관리 치료

관리 치료는 개인(또는 가족)의 건강 관리를 구성하고 이에 대해 지불하는 방식을 의미합니다. 건강 관리 기구(HMO)가 가장 잘 알려진 관리형 건강 보험이지만 다른 많은 조직이 있습니다. 관리형 건강 보험에 가입하는 경우 건강 관리 서비스로의 접근은 해당 보험 및/또는 1차 의료 제공자가 맡게 됩니다. 따라서 귀하는 귀하의 보험 규정과 혜택에 따라 병원 서비 스를 포함한 건강 관리 서비스를 이용할 수 있는 방법, 시기 및 장소를 이해해야 합니다. 귀하의 보험 등록 정보를 자세히 읽고, 플랜 담당자에게 문의하여 귀하의 혜택, 권리 및 책임을 이해하십시오.

Medicaid (사회보장법 XIX편)

Medicaid는 연방, 주, 지방 정부가 자금을 대고 빈곤층, 특히 소득 수준 등의 특정 자격 요건을 충족하는 사람에게 건강 관리 서비스 이용을 제공하기 위한 연방 정부 프로그램입니다.

의료 부정/위법 행위

의사나 의사 보조로부터 열악한 또는 수준 이하의 관리(무능, 태만 또는 부정 치료)를 받은 것으로 판단되는 경우 New York State Department of Health에 신고할 수 있습니다. 의사와 다른 의료 전문가는 법에 따라 의심되는 모든 위법 행위의 실례를 신고해야 합니다.

의료 위법 행위에 대한 일부 사례는 다음과 같습니다.

- 의료직을 부정으로, 또는 철저히 무능하게 또는 태만하게 운영한 경우
- 알코올, 마약, 신체 장애 또는 정신 장애인 동안 운영한 경우
- 범죄로 기소된 경우
- 인종, 신념, 피부색 또는 **출신 민족으로** 인해 의료 서비스 제공을 거부한 경우
- 의료 서비스에서 발생할 치료를 보장하는 경우
- 환자의 서면 요청에 따라 X선 또는 의료 기록 사본을 환자나 다른 의사가 이용하지 못하게 한 경우
- 고의로 허위 신고서를 작성 또는 제기하거나, 또는 법에서 요구하는 신고를 하지 않은 경우, 또는 타인에게 이러한 행위를 유도한 경우
- 고의로 환자를 희롱, 학대 또는 위협한 경우, 그리고,
- 과도한 검사 또는 치료를 지시한 경우
- 환자를 착취하는 방식으로 서비스, 제품, 기기 또는 약품 판매를 조장한 경우
- 즉각적 전문 치료를 필요로 하거나 그러한 치료를 받고 있는 환자를 버리거나 방치하는 경우.

추가 정보를 얻고자 하시는 경우, NYS 교육법은 다음 링크에서 확인 가능한 섹션 6531에서 의료 위법 행위를 정의하고 있습니다: health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/laws.htm

Medicare (사회보장법 XVIII편)

Medicare는 65세 이상 또는 장애인을 위한 의료 서비스 비용의 일부를 부담하는 연방 정부가 관리하는 연방 정부 프로그램입니다. 자격 기준은 오직 나이 또는 장애입니다.

생명 연장술에 대한 의료 지시(MOLST, Medical Orders for Life-Sustaining Treatment)

고품질의 임종 치료를 제공하는 데 있어서 환자의 선호 사항을 존중하는 것은 매우 중요한 요소입니다. Department of Health는 의사와 다른 의료 서비스 제공자들이 심폐소생술(CPR) 및 기타 생명 연장술에 대한 환자의 희망 사항을 전달하고 의논할 수 있게 하고자, 전국의 의료진과 의료 시설에서 사용할 수 있는 의사 지시 양식 DOH-5003, “생명 연장술에 대한 의료 지시 (MOLST)”를 승인하였습니다. MOLST는 다음과 같은 사항에 해당되는 중증 질환 환자들을 위해 마련된 양식입니다:

- 특정 생명 연장술 또는 모든 생명 연장술을 거부하거나 그에 동의하고자 하는 환자들,
- 장기 치료 시설에 거주하고 있거나 장기 치료 서비스를 필요로 하는 환자들 및/또는
- 향후 1년 안에 사망할 수 있는 가능성이 있는 환자들.

해당 양식과 추가 정보는 다음 링크를 통해 찾아보실 수 있습니다:
health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/

환자 담당자

환자 담당자는 환자, 가족, 의사 및 기타 병원 직원 간의 연결 역할을 하는 병원 담당자입니다. 환자 담당자는 병원 절차에 관한 문의 사항에 답변하고, 특별 요구 사항이나 우려 사항에 도움을 주며, 문제 해결에 도움이 될 수 있어야 합니다. 환자 담당자는 모든 병원 서비스를 알고 있으며 귀하에게 도움을 줄 것입니다. 환자 담당자가 제공하는 서비스는 무료입니다.

품질 개선 단체(QIO)

QIO는 Medicare 유자격자에게 제공되는 입원 환자 병원 치료의 지속적인 심사를 담당하는 기관입니다. New York State에 있는 QIO는 Livanta입니다(9페이지 참조).

활용 평가

활용 평가는 치료의 필요성, 적절성과 효율성을 평가하는 과정입니다. 활용 평가는 병원 활용 심사(UR) 위원회, 품질 개선 기구(QIO)(QIO 참조), 공공 기관(예를 들어, 보건 부서) 또는 독립 기관이 수행합니다.

규정 및 정보

이 부분에서는 법에 따라 귀하가 뉴욕 주에 있는 병원의 입원 환자로서 받아야 하는 각 문서를 소개합니다.

환자의 권리

환자의 권리 장전 13

입원 환자로서 귀하의 권리에 관한 중요 메시지 (Medicare 비보장 환자의 경우) 14

Medicare 보장 환자를 위한 입원 통지 16

Medicare에서 전하는 중요 메시지 17

의료 관리 결정: 환자 및 가족을 위한 안내 21

의료 관리 위임 – 뉴욕 주 대리권 법 29

건강 관리 위임장 34

데이터 수집

New York State Department of Health(뉴욕주 보건국)에서 보내는 서신 (SPARCS 데이터 수집 시스템 설명) 35

임산부 환자인 경우 사전 예약 시 받아야 하는 정보

임산부 정보 36

가정 폭력: 출산 전 및 임산부 환자를 위한 통지 37

가정 폭력: 피해자의 권리 통지 39

환자의 권리 장전 41

퇴원 전 받아야 하는 정보:

- **모든** 환자는 서면 퇴원 계획을 받아야 합니다.
- **Medicare** 환자는 "Medicare에서 전하는 중요 메시지"의 사본을 받게 됩니다.
- **모든** 다른 환자는 병원 퇴원 통지를 받아야 합니다.

이들 자료 내용에 이해가 어려운 경우 또는 이에 관한 문의 사항이 있는 경우 병원 담당자에게 설명을 요청하십시오. 이는 귀하의 권리입니다!

환자의 권리 장전

귀하는 뉴욕 주 소재 병원의 환자로서 법률에 따라 다음과 같은 권리가 있습니다.

(1) 이러한 권리를 이해하고 사용하십시오. 어떤 사유로든 이해되지 않거나 도움이 필요한 경우 병원은 통역가를 포함하여 반드시 지원을 제공해야 합니다.

(2) 인종, 피부색, 종교, 성별, 출신 국가, 장애, 성적 지향, 연령 또는 지불금의 출처에 관한 차별 없이 치료를 받을 권리

(3) 불필요한 규제 없이 깨끗하고 안전한 환경에서 배려하고 존중하는 진료를 받을 권리

(4) 필요한 경우 응급 진료를 받을 권리

(5) 병원에서 진료를 담당할 의사의 이름과 직위를 통보받을 권리

(6) 귀하의 치료에 관여하는 모든 병원 직원의 이름, 직위 및 역할을 알고 이들의 치료, 검사 또는 관찰을 거부할 권리

(7) 퇴원 후 의료 정보 및 지침을 공유하고 퇴원 계획에 참여할 간병인을 확인할 권리

(8) 귀하의 진단, 치료 및 예후에 관해 충분한 정보를 받을 권리

(9) 모든 제안된 절차 또는 치료에 대해 정보에 근거한 동의를 하는 데 필요한 모든 정보를 받을 권리. 해당 정보는 절차 또는 치료 위험과 이점을 포함해야 합니다.

(10) 심폐소생술 금지 지시에 대해 정보에 근거한 동의를 하는 데 필요한 모든 정보를 받을 권리. 귀하는 또한 심한 병자로 이를 이행하지 못할 경우 귀하를 대신해 이에 동의할 개인을 지정할 권리가 있습니다. 추가 정보를 원하시는 경우, "건강 관리 결정 — 환자와 가족을 위한 안내" 책자를 요청하십시오.

(11) 치료를 거부할 권리와 이러한 거부가 귀하의 건강에 미치는 영향에 대한 정보를 받을 권리

(12) 연구 참여를 거부할 권리. 참여 여부 결정 시 자세한 설명을 들을 권리가 있습니다.

(13) 입원 기간 동안 개인 정보 보호 및 귀하의 진료에 관한 모든 정보와 기록의 기밀 유지

(14) 치료 및 퇴원에 관한 모든 결정에 참여할 권리. 병원은 귀하에게 서면 퇴원 계획 및 퇴원에 이의를 제기하는 방법에 관한 서면 설명서를 제공해야 합니다.

(15) 무료로 의료 기록을 검토하고 병원에서 적절한 수수료를 부과할 수 있는 의료 기록 사본을 얻을 권리.

(16) 모든 비용의 항목별 청구서 및 설명을 받을 권리

(17) 물품, 서비스 및 병원에서 참여하는 의료 계획에 대한 병원의 표준 비용 목록을 확인할 권리.

(18) 독립 분쟁 해결 절차를 통해 예상치 못한 청구에 대해 이의를 제기할 권리.

(19) 귀하가 받고 있는 관리 및 서비스에 대해 보복에 대한 두려움 없이 불만을 제기하며 병원에서 귀하에게 답변을 제공하고 요청 시 서면 답변을 제공하게 할 권리. 병원 대응에 만족하지 않을 경우 New York State Health Department에 불만을 제기할 수 있습니다. 병원에서는 귀하에게 State Health Department 전화번호를 제공해야 합니다.

(20) 귀하가 방문객을 받을 수 있는 경우 우선권이 주어질 가족 및 다른 성인에게 방문 권한을 부여할 권리

(21) 장기 기증에 관한 귀하의 의사를 알리게 할 권리. 무료로 의료 기록을 검토하고 병원에서 적절한 수수료를 부과할 수 있는 의료 기록 사본을 얻을 권리.

Public Health Law(PHL)2803 (1)(g)Patient's Rights, 10NYCRR, 405.7,405.7(a)(1),405.7(c)

입원 환자로서 귀하의 권리에 관한 중요 메시지

병원 환자인 동안 귀하의 권리

귀하는 귀하의 질병이나 상해 치료에 필요한 모든 병원 치료를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 퇴원일은 DRG 분류나 건강 보험이 아니라 오직 귀하의 건강 관리 요구에 의해서만 결정됩니다.

귀하는 귀하의 치료 및 보험 보장에 영향을 미치는 결정에 대해 충분한 정보를 받을 권리가 있습니다. 문의하십시오. 귀하는 귀하를 대리할 대리인을 지정할 권리가 있습니다.

귀하는 귀하의 건강 상태에 관해 알 권리가 있습니다. 귀하의 상태와 건강 관리 요구에 대해 담당의와 상담하십시오. 병원 서비스, 퇴원 날짜 또는 귀하의 퇴원 계획에 대한 문의 사항이나 우려 사항이 있는 경우 담당 의사 또는 병원 담당자(간호사, 사회 복지사 또는 퇴원 계획 담당자 등)와 상담하십시오.

퇴원하기 전 귀하는 서면 퇴원 계획을 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하의 대리인은 귀하의 퇴원 계획 수립에 관여할 권리가 있습니다.

귀하에게는 병원으로부터 받은 서면 퇴원 계획이나 통보에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.

지나친 조기 퇴원을 요청받은 것으로 판단할 경우

귀하는 병원에서 귀하에게 제공해야 하는 서면 퇴원 통지를 받도록 하세요. 귀하는 이의를 제기하기 위해 해당 퇴원 통지서가 필요합니다.

해당 통지는 연락 담당자 및 이의제기 방법에 관해 알려줍니다. 추가 비용을 지불하지 않으려면 늦어도 퇴원 예정일까지는 전화하여 이의 제기를 해야 합니다. 이 시기를 놓친 경우에도 이의를 제기할 수 있습니다. 그러나 귀하가 이의 제기를 하지 못하고 병원 입원을 지속할 경우 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

퇴원 계획

이의를 제기할 권리 이외에 귀하는 퇴원 후 필요할 수 있는 향후 모든 건강 관리의 조치를 설명하는 서면 퇴원 계획을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 귀하의 서면에 의한 퇴원 계획에 필요한 서비스가 확보되거나 이를 합리적으로 이용할 수 있도록 병원에서 결정해야 퇴원할 수 있습니다. 귀하는 또한 해당 퇴원 계획에 이의제기할 권리가 있습니다.

환자의 권리*

이 시점에 환자로서 추가 권리에 관한 일반 진술이 귀하에게 제공되어야 합니다.

지원/도움 요청

귀하의 담당 지역 및 보험 보장을 위한 독립 전문 심사 대리인(IPRA):

*해당 정보는 본 책자에 수록되어 있습니다.

환자는 입원 및 퇴원에 관한 권리 통지를 받습니다. Medicare 환자는 "Medicare 환자를 위한 병원 입원 통지"를 받고, 다른 모든 환자는 "입원 환자로서 귀하의 권리에 관한 중요 메시지"를 받게 됩니다.

Public Health Law 2803 (1) (g) Discharge Review

10NYCRR, 405.9 (b) (14) (i) and 405.9 (b) (14) (ii)

환자(또는 지정된 개인 대리인)는 서면 퇴원 통지 및 퇴원 계획 사본을 받습니다. 환자(또는 대리인)는 문서에 서명하고 서명된 문서의 사본을 받을 기회를 보장받아야 합니다.

10NYCRR, 405.9 (g) (1) and 405.9 (g) (3) (i)

MEDICARE 보장 환자를 위한 입원 통지

귀하는 뉴욕 주 법에 따라 다음과 같은 권리를 보유합니다:

퇴원하기 전 귀하는 서면 퇴원 계획을 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하의 대리인은 귀하의 퇴원 계획 수립에 관여할 권리가 있습니다.

귀하의 서면 퇴원 계획은 퇴원 후 귀하가 필요할 수 있는 향후 모든 건강 관리를 위한 조치를 설명해야 합니다. 귀하는 귀하의 서면 퇴원 계획에 필요한 서비스가 확보되거나 이를 합리적으로 이용할 수 있도록 결정되어야 퇴원할 수도 있습니다.

퇴원 계획에 동의하지 않거나 서비스를 합리적으로 이용하지 못한다고 판단되는 경우 귀하는 New York State Health Department에 문의해 귀하의 불만 및 퇴원 안전성을 조사할 수 있습니다. 병원에서는 요청 시 귀하에게 State Health Department 전화번호를 제공해야 합니다.

Medicare 환자로서 귀하의 권리에 관한 중요 정보는 다음 페이지의 "Medicare에서 전하는 중요 메시지"를 참조하십시오.

환자는 입원 및 퇴원에 관한 권리 통지를 받습니다. Medicare 환자는 "Medicare 환자를 위한 병원 입원 통지"를 받고, 다른 모든 환자는 "입원 환자로서 귀하의 권리에 관한 중요 메시지"를 받게 됩니다.

Patients are provided with a notice of their rights regarding admission and discharge. Medicare patients will be given “Hospital Admission Notice for Medicare Patients”, and all other patients will be given “An Important Message Regarding Your Rights as a Hospital Inpatient”Public Health Law 2803 (1) (g) Discharge Review 10NYCRR 405.9 (b) (14) (i) and 405.9 (b) (14) (ii)

MEDICARE에서 전하는 귀하의 권리에 대한 중요 메시지

환자 이름:
환자 ID 번호:
의사:

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare & Medicaid 서비스 센터)
OMB Approval No. 0938-0692

AN IMPORTANT MESSAGE FROM MEDICARE ABOUT YOUR RIGHTS

병원 내원 환자로서 여러분은 다음과 같은 권리를 가지고 있습니다:

- Medicare 보장이 되는 서비스를 받을 권리. 이는 의료적으로 필수인 병원 서비스와 의사의 지시가 있는 경우 퇴원 후에 필요할 수 있는 서비스를 포함합니다. 귀하는 이러한 서비스와, 누가 이러한 서비스 비용을 지불하고, 어디서 서비스를 제공받을 수 있는지를 알 수 있는 권리가 있습니다.
- 본인의 병원 입원에 대한 모든 결정 사항에 참여하시고, 비용을 지불하는 사람이 누구인지를 알아두시기 바랍니다.
- 여기 나열된 품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)에게 본인이 제공받은 치료의 품질에 대한 우려 사항을 모두 보고해 주시기 바랍니다:

QIO 이름
Livanta

QIO 전화번호
1-866-815-5440

귀하의 Medicare 퇴원 권리

퇴원 계획하기: 귀하의 병원 입원 중 병원 직원들은 여러분과 협력하여 여러분의 안전한 퇴원을 준비하고 병원을 떠나서도 여러분이 필요로 할 수 있는 서비스를 준비하도록 할 것입니다. 귀하가 더이상 내원 병원 치료를 필요로 하지 않게 되면, 귀하의 의사나 병원 직원은 귀하에게 예정된 퇴원 날짜를 알려드릴 것입니다.

지나치게 빨리 퇴원이 요구되었다고 생각하는 경우:

- 귀하는 병원 직원, 본인의 의사, 그리고 본인의 관리형 케어 플랜(본인이 그러한 플랜에 참여하고 있는 경우)과 함께 우려 사항을 의논하실 수 있습니다.
- 귀하는 또한 항소의 권리, 즉 본인의 사례를 품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)로부터 검토받을 수 있는 권리를 가지고 계십니다. QIO는 Medicare가 고용한 외부 검토인으로 귀하의 사례를 검토하여 귀하가 퇴원할 준비가 되었는지를 결정하게 됩니다.
  - **이의 제기를 원하시면 본인의 예정된 퇴원일, 그리고 병원 퇴원 이전에 QIO에 연락하셔야 합니다.**
  - 만약 QIO에 연락을 하신다면, 귀하께서는 이의 제기 도중에 제공받는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다(공동 부담금 및 공제금 제외).
- 이의 제기를 하지 않고도 예정된 퇴원일을 넘겨 병원에서 계속 머무르기로 하시는 경우, 예정 퇴원일 이후에 받는 서비스에 대한 비용을 모두 지불하셔야 할 수도 있습니다.
- **QIO에 연락하고 이의 제기를 하는 방법에 대한 단계별 지침은 2페이지에 설명되어 있습니다.**

이 병원 내의 누군가와 본 통지에 대해 의논하고자 하시면 전화로 연락해 주시기 바랍니다_____ .

본 통지를 받으셨으며 본인의 권리를 이해했음을 표시하고자 여기에 서명과 날짜를 표기해 주시기 바랍니다.

환자 또는 대리인 서명	날짜/시간

양식 CMS-R-193 (07/10에 승인됨)

퇴원 이의 제기 단계

- **1단계:** 본인의 예정된 퇴원일, 그리고 병원 퇴원 이전에 QIO에 연락하셔야 합니다. 만약 QIO에 연락을 하신다면, 귀하께서는 이의 제기 도중에 제공받는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다(공동 부담금 및 공제금 제외).
  - o QIO 연락처는 다음과 같습니다:

    QIO 이름 (굵은 글씨) ***Livanta***

    QIO 전화번호 ***1-866-815-5440***
  - o 귀하께서는 일주일 중 원하시는 날 언제라도 이의 제기를 요청하실 수 있습니다. **누군가와 대화를 하거나 메시지를 남겨 주시는 순간부터 이의 제기가 시작됩니다.**
  - o QIO에게 연락하는 데 도움이 필요하시면 병원에 도움을 요청하시기 바랍니다.
  - o 본 병원의 이름은 :

병원 이름	제공자 ID 번호

- **2단계:** 귀하께서는 병원이나 Medicare Advantage 또는 기타 Medicare 관리형 케어 플랜으로부터 귀하가 퇴원 준비가 되었다고 믿는 이유를 설명하는 자세한 통지를 받으시게 됩니다.
- **3단계:** QIO가 귀하의 의견을 물을 것입니다. 귀하나 귀하의 대리인은 요청 시 QIO와 대화할 준비를 하셔야 합니다. 귀하나 귀하의 대리인은 QIO에 서면 진술서를 제출하실 수 있으나, 이는 필수 사항이 아닙니다.
- **4단계:** QIO는 귀하의 의료 기록 및 귀하의 사례에 대한 기타 중요한 정보를 검토할 것입니다.
- **5단계:** QIO는 필요한 모든 정보를 받고 난 후로부터 1일 내에 결정 사항을 귀하에게 통보할 것입니다.
  - o QIO가 귀하가 아직 퇴원 준비가 되지 않았다는 결정을 내릴 경우, Medicare는 계속해서 귀하의 병원 서비스 비용을 커버할 것입니다.
  - o QIO가 귀하가 퇴원할 준비가 되었다는 결정을 내릴 경우, Medicare는 QIO가 해당 결정 사항을 귀하에게 통보한 날의 다음날 정오까지 귀하의 서비스 비용을 커버할 것입니다.

이의 제기 마감 날짜를 놓치신 경우, 귀하께는 다른 이의 제기의 권리가 있습니다:

- 귀하께서는 여전히 QIO나 본인의 플랜에(해당 경우) 사례 검토를 요청하실 수 있습니다.
  - o Original Medicare를 사용하시는 경우: 위에 나열된 QIO에 전화하십시오.
  - o Medicare Advantage Plan 또는 기타 Medicare 관리형 플랜을 사용하시는 경우: 귀하의 보험사에 전화하십시오.
- 병원에 계속 머무르시는 경우 병원은 귀하가 예정 퇴원일 이후로 제공받는 모든 서비스에 대한 비용을 청구할 수 있습니다.

더 많은 정보를 원하시면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화 문의하시거나 TTY: 1-877-486-2048로 연락하시기 바랍니다.

추가 정보:

1995 서류 감면 규제법에 의하면, 정보 수집본이 유효한 OMB 관리 번호를 표시하지 않는 이상 그 누구도 해당 수집본에 답변할 의무가 없습니다. 본 정보 수집본에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-0692입니다. 본 정보 수집본을 작성 완료하는 데 요구되는 시간은 각 답변마다 평균 15분 정도로 예상되며, 이는 지침을 검토하고, 기존 데이터 자원을 검색하고, 필요한 데이터를 수집하고, 정보 수집본을 기재 완료하고 검토하는 데 소요되는 시간을 포함합니다. 본 양식 내 명시된 추정 시간이나 양식의 정확성을 개선할 수 있는 방법에 대한 권장 사항이 있으시면 다음 주소로 우편을 보내주시기 바랍니다: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

환자 이름:
환자 ID 번호:
의사:

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare & Medicaid 서비스 센터)
OMB Approval No. 0938-0692

통지 지침:
Medicare에서 전하는 중요 메시지

통지 작성하기

Medicare에서 전하는 중요 메시지 1페이지

가.머리말

모든 병원은 "Department of Health & Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services"라는 문구와 OMB 번호를 표시해야 합니다.

다음 빈 칸은 병원이 작성해야 하는 부분입니다. 병원이 IM 내 빈 칸에 표기하는 내용은 12포인트 폰트나 동일한 폰트로 인쇄되거나 수기로 작성될 수 있습니다. 병원은 또한 다음 정보를 포함하는 환자 라벨을 사용할 수도 있습니다.

환자 이름: 환자의 이름 전체를 기재하십시오.

환자 ID 번호: 본 환자를 식별하는 ID 번호를 기재하십시오. 해당 번호는 사회 보장 번호가 아니며 사회 보장 번호를 포함해서도 안됩니다.

의사: 환자의 의사 이름을 기재하십시오.

나.통지 내용

중요 항목 3번 – 여기 나열된 품질 개선 기구(QIO)에게 본인이 제공받은 치료의 품질에 대한 우려 사항을 모두 보고해 주시기 바랍니다: _____.

병원은 QIO의 이름 및 전화번호(TTY 포함)를 사전 인쇄하거나 다른 방식으로 입력할 수 있습니다.

이 병원 내의 누군가와 본 통지에 대해 의논하고자 하시면 다음 전화로 연락해 주시기 바랍니다: 환자나 그 대리인이 통지에 대한 질문이 있을 때 전화로 연락할 수 있도록 병원에서 전화번호를 기재하시기 바랍니다. 최대한 연락 담당자의 이름을 포함하도록 하는 것이 좋습니다.

환자 또는 대리인 서명: 환자나 그 대리인이 통지를 받았으며 그 내용을 이해함을 알리고자 환자나 대리인이 통지에 서명하도록 하시기 바랍니다.

날짜/시간: 환자나 그 대리인이 통지에 서명한 날짜와 시간을 표기하도록 하십시오.

Medicare에서 전하는 중요 메시지 2페이지

첫 번째 하위 중요 항목 – QIO의 이름 및 전화번호를 굵은 글씨로 표기하십시오: 병원을 위한 검토를 수행하는 품질 개선 기구의 이름과 전화번호(TTY 포함)을 굵은 글씨로 입력하십시오.

두 번째 하위 중요 항목 – 본 병원의 이름: Medicare 제공자 ID 번호(전화번호 아님)를 포함하는 병원의 이름을 입력하거나 사전 인쇄하십시오.

추가 정보: 병원은 본 섹션을 추가 서류를 위한 부분으로 사용할 수 있습니다. 이는 예로 후속 IM 사본의 전달이나 거부를 기록하기 위한 수혜자 이니셜, 날짜, 그리고 시간을 획득하는 것을 포함합니다.

건강 관리에 대한 결정 내리기

환자와 가족을 위한 안내

New York State Department of Health(뉴욕주 보건국)

소개

누가 이 안내서를 읽어야 합니까?

본 안내서는 뉴욕 주 환자 및 환자를 위한 건강 관리 결정을 내릴 사람을 대상으로 합니다. 안내서에는 병원 및 요양원의 특별 대리 의사 결정에 관한 정보가 수록되어 있습니다. 또한 건강 관리 시설 또는 지역 사회에서 DNR 지시를 포함합니다. 본 안내서는 건강 관리 의사 결정에 관한 것이므로 "환자"라는 용어는 의료 치료를 받는 모든 사람을 지칭하는 데 사용됩니다. 이는 요양원 거주자도 포함합니다. 본 안내서는 발달 장애인의 법적 보호자가 내리는 건강 관리 결정에 관한 특별 규정을 포함하지 않습니다.

환자나 다른 의사 결정자는 환자의 건강 상태 및 제안된 치료에 관해 확인할 수 있습니까?

네. 환자 또는 다른 의사 결정자는 환자의 건강 상태와 의사의 제안 치료에 관해 의사로부터 충분한 정보를 받을 권리가 있습니다. 환자는 비응급 치료 또는 절차 전에 정보에 근거해 동의해야 합니다. 정보에 근거한 동의란 치료(해당 치료 대안 포함)의 이점 및 위험성에 관한 정보를 받은 후 치료 진행 허가를 받는 것을 의미합니다.

정보에 근거한 의사 결정을 내릴 수 있는 성인 환자

성인 환자는 본인의 건강 관리 결정을 내릴 권리가 있습니까?

네. 성인 환자는 의사 결정 능력이 있는 경우 스스로 치료 결정을 내릴 권리가 있습니다.

의사 결정 능력이란 무엇입니까?

"의사 결정 능력"이란 제안된 건강 관리의 성격과 영향을 이해하고 인지하는 능력입니다. 이는 제안된 건강 관리(및 대안)의 이점과 위험성을 포함합니다. 또한 정보에 근거한 결정을 내릴 수 있는 능력을 포함합니다.

환자의 의사 결정 능력 여부가 불분명한 경우 어떻게 해야 합니까? 환자의 의사 결정 능력 여부는 누가 판단합니까?

법원에서 건강 관리에 관해 결정을 내릴 법적 대리인을 지정하지 않은 경우 의료 관리 담당자가 환자의 의사 결정 능력을 판단합니다. 환자가 능력이 없다고 판단되는 충분한 사유가 있는 경우 의사가 해당 환자를 진단합니다. 의사는 환자가 건강 관리 결정을 내릴 능력이 없음을 판단해야 합니다. 환자 담당의가 이러한 결정을 내린 후에만 다른 사람이 해당 환자에 대한 건강 관리 결정을 내릴 것입니다.

환자가 의사 결정 능력이 없으면 가족이 항상 건강 관리 결정을 내립니까?

경우에 따라 환자는 결정 능력을 상실하기 전에 이미 절차 또는 치료에 관한 결정을 내려둡니다. 예를 들어, 환자는 결정 능력을 상실하게 만들 수 있는 마취를 받기 전 전신 마취를 포함하는 수술에 동의할 수 있습니다. 또는 건강한 사람이 갑자기 결정 능력을 상실할 수도 있습니다. 이러한 경우 건강 관리는 동의 없이 바로 제공될 필요가 있습니다. 예를 들어, 사고가 일어난 동안 의식을 잃을 수 있습니다. 건강 관리 제공자는 이미 응급 치료 거부 결정이 내려진 사실을 알지 못한 경우 동의 없이 응급 치료를 제공할 것입니다.

사전 의사 결정서/의료 관리 위임장

사전 의사 결정서란 무엇입니까?

사전 의사 결정서는 의사 결정 능력을 상실하기 전에 성인 환자가 건강 관리 치료에 관해 내리는 서면 지시입니다. 뉴욕 주에서 치료 의사 및 우려 사항을 보호하는 가장 좋은 방법은 스스로 결정할 수 없게 될 경우 치료 결정을 내릴 수 있는 신뢰할 만한 사람을 지정하는 것입니다. 건강 관리 위임장 양식을 작성하여 해당인이 귀하의 "의료 관리 대리인"이 됩니다.

건강 관리 대리인을 지정하기 전에 해당인이 귀하의 대리인 역할을 수행할 의향이 있는지 확인하십시오. 병원에 입원해 있고, 생명을 위협하는 질병이나 상해가 있는 경우 귀하가 원하거나 원하지 않는 치료 유형을 대리인과 논의하십시오. 건강 관리 대리인이 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 공급)에 관한 귀하의 의사를 알도록 하십시오. 건강 관리 대리인에 관한 자세한 정보는 다음 웹사이트에서 얻을 수 있습니다.

http://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy/

일부 환자는 또한 서면으로 의료 치료에 관한 특정 지침과 선택을 전달합니다. 서면 진술은 건강 관리 위임장에 포함될 수 있거나 또는 별도의 문서에 포함될 수 있습니다. 이러한 사전 의사 결정서를 "존엄사 유언"이라고도 합니다.

건강 관리 대리인은 건강 관리 위임장에 따라 어떤 결정을 내립니까?

건강 관리 대리인은 본인이 마치 환자인 것처럼 결정을 내립니다. 건강 관리 대리인은 연명 치료의 보류 또는 철회 결정을 포함하여 환자의 의사에 따라 건강 관리 결정을 내립니다. 환자의 의사를 정확히 알 수 없는 경우 건강 관리 대리인은 환자의 최선의 이익에 따라 건강 관리 결정을 내립니다.

건강 관리 대리인은 인공 영양 또는 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 공급)의 보류 또는 철회 결정을 내릴 수 있습니까?

건강 관리 대리인은 치료에 관해 환자의 의사를 알고 있는 경우에만 건강 관리 위임장 하에 인공 영양과 수분 공급을 보류 또는 철회할 결정을 내릴 수 있습니다. 그러나 건강 관리 대리인은 법에 명시된 특별 대리인 목록에 열거된 특별 대리인으로서 병원이나 요양원에서 이러한 유형의 결정을 내릴 수도 있습니다.

병원 및 요양원 내 건강 관리 의사 결정

의사 결정 능력을 가진 성인 환자는 병원과 요양원에서 어떻게 결정을 내립니까?

환자는 구두 또는 서면으로 의사 결정을 표현할 수 있습니다. 병원 환자 또는 요양원 거주자는 두 명의 성인이 결정을 입회하지 않은 경우, 구두로 연명 치료의 보류 또는 철회 결정을 내릴 수 없습니다. 이들 성인 중 한 명은 해당 시설에서 건강 관리 종사자여야 합니다. 환자가 현재 결정을 내릴 능력이 없는 경우(그러나 제안된 건강 관리에 관해 과거에 결정을 내린 경우) 병원이나 요양원은 환자가 이전에 내린 결정에 따라 행동할 것입니다. 이는 환자가 예상치 못한 일이 발생하여 해당 결정이 더이상 적절하지 않게 되는 상황이 아닌 이상 유지됩니다.

결정 능력이 없는 병원 환자 또는 요양원 거주자를 위해 건강 관리 결정은 어떻게 내려집니까?

환자가 의료 관리 대리인이 있는 경우 위임장에 명시된 해당 건강 관리 대리인이 결정을 내립니다. 환자가 건강 관리 대리인이 없는 경우 법적 보호자(또는 "특별 대리인"으로 알려진 특별 대리인 목록에서 우선 순위가 가장 높은 사람)가 결정을 내립니다.

특별 대리인 목록이란 무엇입니까?

다음은 특별 대리인 목록입니다. 우선 순위가 가장 높은 사람이 상단에 표시됩니다. 우선 순위가 가장 낮은 사람이 하단에 표시됩니다.

- 환자와 법적으로 헤어지지 않은 경우, 배우자 또는 동거 파트너
- 18세 이상의 자녀
- 부모
- 18세 이상의 형제 또는 자매 및
- 가까운 지인

"동거 파트너"란 누구입니까?

"동거 파트너"는 다음의 사람을 지칭합니다.

- 지역, 주 또는 국가 정부가 인정하는 공식적인 동거 관계를 맺은 사람 또는 정부나 고용주가 유지 및 관리하는 등록부에 동거인으로 등록되어 있는 사람, 또는
- 동일한 고용 보험이나 건강 보험 아래 동거인으로 보험 보장을 받고 있는 사람, 또는
- 모든 사실과 상황을 고려했을 때 다음과 같은 환자와 서로의 동거인이 되고자 하는 상호적 의도를 공유하고 있는 사람:
  - 동거하는 경우
  - 생계를 위해 상호 의지하는 경우
  - 주택 또는 기타 재산의 소유권(또는 임대)을 공유하는 경우
  - 수입 또는 비용을 공유하는 경우
  - 함께 자녀를 양육하는 경우
  - 결혼 예정이거나 공식적인 동거 파트너가 될 계획인 경우
  - 장기간 함께 살아온 경우

동거 파트너 자격이 없는 사람은 누구입니까?

- 부모, 조부모, 자녀, 손자, 형제, 자매, 삼촌, 이모, 환자의 남자 조카 또는 여자 조카 또는 환자의 배우자
- 18세 미만 청소년

"가까운 지인"은 누가 자격이 있습니까?

"가까운 지인"은 18세 이상 환자의 친구나 친척 누구나 가능합니다. 해당인은 환자와 정기적인 접촉을 유지해야 하며, 환자의 활동, 건강, 종교적 또는 도덕적 신념을 잘 알고 있어야 하고, 담당 의사에게 그런 취지의 서명된 문서를 제시해야 합니다.

우선 순위가 가장 높은 특별 대리인이 결정을 내릴 수 없는 경우 어떻게 합니까?

이 경우 우선 순위가 가장 높은 그 다음 가능한 특별 대리인이 결정을 내립니다.

우선 순위가 가장 높은 특별 대리인이 결정을 내릴 수 없거나 의향이 없는 경우 어떻게 합니까?

이 경우 특별 대리인 목록에 있는 다른 사람이 결정을 내립니다. 우선 순위가 가장 높은 특별 대리인은 지정된 사람보다 우선 순위가 더 높은 사람이 반대하지 않는 경우 목록에 있는 다른 사람을 특별 대리인으로 지정할 수 있습니다.

환자 또는 다른 의사 결정자는 치료 결정을 내린 후 마음을 바꿀 수 있습니까?

네. 병원 또는 요양원 직원에게 이야기하여 결정을 내린 후 이를 취소할 수 있습니다.

병원 및 요양원 내 연명 치료의 보류 또는 철회 결정

"연명 치료"란 무엇입니까?

"연명 치료"란 담당 의사가 환자가 의료 치료 또는 절차를 받지 않을 경우 비교적 짧은 시간 내에 사망할 것으로 판단하는 것을 의미합니다. CPR은 항상 생명 유지 치료로 간주됩니다.

CPR란 무엇입니까?

CPR(심폐소생술)은 환자의 심장이 정지 및/또는 환자가 호흡하지 않는 경우, 환자의 심장이나 호흡을 회복시키기 위해 시도하는 의료 절차를 의미합니다. CPR은 심장 기능을 회복시키기 위해 구강 대 구강 인공 호흡 및 강력한 흉부 압박과 같은 것으로 시작할 수 있습니다. 이는 효과가 없을 수 있으므로 CPR은 전기 충격(제세동), 인후 아래로 호흡 기관 내에 주입관 삽입(삽관법) 및 환자에게 호흡 기계(산소 호흡기) 배치를 포함할 수 있습니다.

연명 치료의 보류 또는 철회 결정은 무엇입니까?

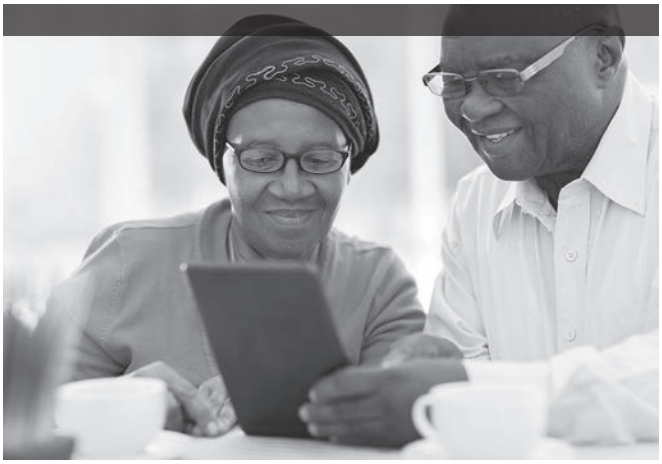
연명 치료의 보류 결정은 해당 치료가 제공되기 전 치료를 거부하는 결정입니다. 연명 치료 철회 결정은 이미 제공되고 있는 치료를 거부하는 결정입니다. 모든 성인 환자는 이러한 조치의 가능한 결과에 관해 충분한 정보를 제공받은(및 이해한) 후 의약 및 치료를 거부할 권리가 있습니다.

병원 또는 요양원은 연명 치료의 보류 또는 철회 결정을 어떻게 이행합니까?

담당의가 직원에게 특정 의약품, 치료 또는 절차를 제공하지 않거나 이를 중단하도록 지시합니다. 이는 환자가 비교적 단기간 내에 사망하게 할 수 있습니다. 예를 들어, 의사는 환자의 호흡을 가능하게 하는 산소 호흡기 작동을 중지시키도록 지시할 수 있습니다.

연명 치료를 보류하려면 담당 의사는 다음과 같은 의료 지시를 내릴 수 있습니다.

- 심폐소생술 금지(DNR) 지시: 이는 환자의 심장이 정지 및/또는 환자가 호흡을 멈춘 경우 CPR을 시도하지 않는 것을 의미합니다.



- 주입관 삽입금지(Do Not Intubate, DNI) 지시: 이는 환자의 인후에 주입관을 배치하거나 환자에게 호흡 기계(산소 호흡기)를 연결하지 않는 것을 의미합니다.

또한 주입관 또는 정맥 주사를 통한 인공 영양과 수분 공급을 중지하는(또는 시작하지 않는) 결정을 내릴 수 있습니다. 이는 시설에서 위장에 삽입된 주입관 또는 환자의 정맥에 삽입된 카테터라는 주입관을 통해 환자에게 액체 음식이나 유동식을 제공하지 않는 것을 의미합니다. 환자는 먹고 마실 수 있는 경우, 항상 입으로 먹을 수 있는 음식과 마실 수 있는 유동식이 제공됩니다.

의약품, 치료 또는 절차를 제한하는 다른 종류의 결정이 또한 준수될 수 있습니다(예를 들어, 투석 정지).

병원이나 요양원은 모든 치료를 보류합니까?

그렇지 않습니다. 환자가 연명 치료를 보류하는 DNR 지시 또는 다른 의료 지시를 내린 경우에도 해당 환자는 통증 및 다른 증상을 완화하고 고통을 줄이기 위해 의료 관리 및 치료를 받아야 합니다. 완화 치료로도 알려진 이 치료는 필요한 모든 환자들에게 제공되어야 합니다.

환자는 언제 DNR 지시를 받아야 합니까?

의사 결정 능력이 있는 모든 성인은 DNR 지시를 요청할 수 있습니다. 그러나 환자와 가족은 진단 및 가능한 CPR 결과에 관해 의사와 상의해야 합니다. 의사만이 DNR 지시에 서명할 수 있습니다. DNR 지시는 보건 전문가에게 환자의 심장이 정지한 경우 및/또는 호흡이 멈춘 경우, 자연사를 허용하고자 하는 환자에게 CPR을 제공하지 않도록 지시합니다. 예를 들어, 불치병으로 사망이 예상되는 환자는 DNR 지시를 원할 수 있습니다.

성공적인 경우, CPR은 심장 박동과 호흡을 회복시킵니다. CPR의 성공은 환자의 전반적인 건강 상태에 따라 달라집니다. 나이만으로 CPR의 성공 여부를 결정하지 않습니다. 그러나 나이와 함께 진행되는 질병 및 노쇠함으로 인해 종종 CPR의 효과가 줄어듭니다. 환자가 중증인 경우, CPR이 가능하지 않을 수 있거나 또는 부분적으로만 가능할 수 있습니다. 이는 환자를 뇌 손상 상태에 두거나 또는 환자의 심장이 정지되기 이전보다 환자의 건강 상태를 악화시킬 수 있습니다. CPR(환자의 의학적 상태에 따라) 이후 환자는 호흡 기계에 의해서만 생명을 유지할 수도 있습니다.

DNR 지시는 다른 치료에 영향을 미칩니까?

그렇지 않습니다. DNR 지시는 오직 CPR – 흉부 압박, 삽관 및 기계적 인공 호흡 – 에 관한 결정이며 모든 다른 치료에 관련되지 않습니다. 심폐소생술 금지는 치료하지 말라는 의미가 아닙니다.

환자가 병원이나 요양원에서 다른 병원이나 요양원으로 전원되는 경우 어떻게 됩니까?

건강 관리 종사자가 환자를 검진할 때까지 DNR 지시를 포함한 의료 지시는 계속됩니다. 새로운 시설의 담당 의사가 의료 지시를 취소하기로 결정할 경우 해당 환자나 다른 의사 결정자에게 통보되며 이들은 지시가 다시 시작되도록 요청할 수 있습니다.

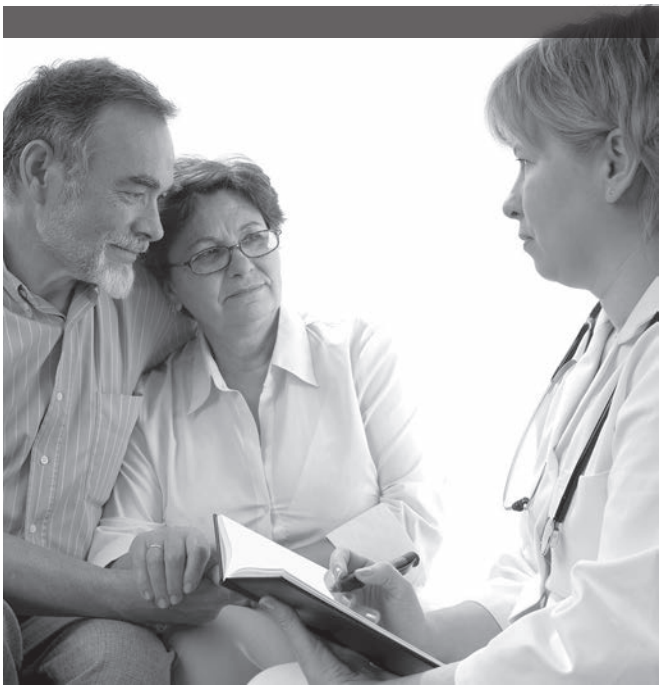
병원 및 요양원 내 법적 보호자 및 특별 대리인을 위한 의사 결정 기준

법적 보호자를 포함하여 특별 대리 의사 결정자는 어떻게 건강 관리 결정을 내립니까?

특별 대리인은 환자의 종교적 및 도덕적 신념을 포함하여 환자의 의사에 따라 건강 관리 결정을 내려야 합니다. 환자의 의사를 정확히 알지 못하는 경우 특별 대리인은 환자의 "최선의 이익"에 따라 결정을 내립니다. 환자의 "최선의 이익"이 무엇인지 파악하기 위해 특별 대리인은 다음을 고려해야 합니다: 모든 사람의 존엄성과 고유성, 환자의 생명 유지 및 환자의 건강 유지 또는 개선 가능성, 환자의 고통 경감 및 환자의 상황에서 고려되기를 원하는 다른 모든 우려 사항 및 가치. 모든 경우에, 중요한 것은 특별 대리인의 의사 및 최선의 이익이 아닌 환자의 의사 및 최선의 이익입니다. 건강 관리 결정은 각 환자에 대해 개별적으로 내려야 합니다. 또한, 결정은 종교적, 도덕적 신념 외에 환자의 가치와 일치해야 합니다.

특별 대리인은 항상 필요한 치료에 동의할 권한이 있습니까?

네.



특별 대리인은 항상 연명 치료의 보류 또는 철회 결정을 내릴 권한이 있습니까?

그렇지 않습니다. 법적 보호자 또는 병원이나 요양원 내 특별 대리인은 다음의 상황에서만 환자에 대한 연명 치료 거부를 결정할 수 있습니다.

- 치료가 환자에게 보통 이상의 부담이 될 경우 및
  - 환자가 치료 제공 여부와 관계없이 6개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 질병이나 상해를 입은 경우 또는
  - 환자가 영구 의식불명인 경우

또는

- 치료 제공이 합리적으로 비인도적 또는 해당 상황에서 보통 이상의 부담이 될 것으로 간주되는 통증, 고통 또는 다른 부담을 포함할 경우 및 환자가 회복 불능 또는 치유 불능의 상태인 경우.

요양원에서 윤리 심의 위원회는 이 중요 항목을 기준으로 결정(DNR 제외)에 동의해야 합니다. 병원에서 담당 의사 또는 윤리 심의 위원회는 이 중요 항목을 기준으로 인공 영양 및 수분 공급을 보류 또는 철회하는 결정에 동의해야 합니다.

병원이나 요양원에서 미성년자를 위한 연명 치료 결정은 어떻게 내려집니까?

18세 미만 환자의 부모 또는 보호자는 미성년자의 최선의 이익에 따라 연명 치료에 대한 결정을 내립니다. 이들은 미성년자의 의사를 상황에 적절하게 고려해야 합니다. 연명 치료의 보류 또는 철회 결정을 내리려면 미성년자 환자는 또한 의사 결정 능력이 있는 경우 이에 동의해야 합니다. 의사가 환자가 연명 치료 결정 능력이 있다고 판단하지 않는 경우, 미혼의 미성년자는 의사 결정 능력이 없는 것으로 가정합니다. 결혼한 미성년자는 성인과 동등하게 본인의 결정을 내립니다.

미혼의 미성년자 환자가 의사 결정 능력이 있고 부모인 경우 어떻게 합니까? 미혼의 미성년자 환자가 16세 이상이며 부모 또는 보호자로부터 독립적으로 생활하고 있는 경우 어떻게 합니까?

이러한 미성년자는 담당 의사와 윤리 심의 위원회가 동의하는 경우, 본인 스스로 연명 치료의 보류 또는 철회 결정을 내릴 수 있습니다.

병원 및 요양원 내 분쟁 해결

우선순위가 높은 2인 이상의 사람이 있고 이들이 동의할 수 없는 경우 어떻게 합니까? 예를 들어, 성인 자녀가 우선순위가 가장 높고 이들이 서로 의견이 맞지 않는 경우 어떻게 합니까?

이 경우, 병원 또는 요양원 직원이 비공식적 방법으로 분쟁을 해결하기 위해 시도할 수 있습니다. 예를 들어, 더 많은 의사, 사회 복지사 또는 성직자가 결정을 논의할 수 있습니다. 또한, 모든 병원과 요양원은 윤리 심의 위원회가 있어야 합니다. 이 경우 분쟁 해결에 대한 조언, 권고 및 지원을 위해 윤리 심의 위원회에 위탁될 수 있습니다. 병원 또는 요양원은 환자의 의사가 알려진 경우, 환자의 의사를 기반으로 특별 대리인의 결정을 따라야 합니다. 환자의 의사를 정확히 알지 못하는 경우, 병원 또는 요양원은 환자의 최선의 이익이 되는 결정을 따라야 합니다.

이 사안과 연관된 사람이 특별 대리인의 치료 결정에 동의하지 않을 경우 어떻게 해야 합니까? 이는 환자, 병원 또는 요양원 내 해당 환자를 치료하는 건강 관리 종사자, 또는 특별 대리인 목록에서 우선순위가 더 낮은 사람이 될 수 있습니다.

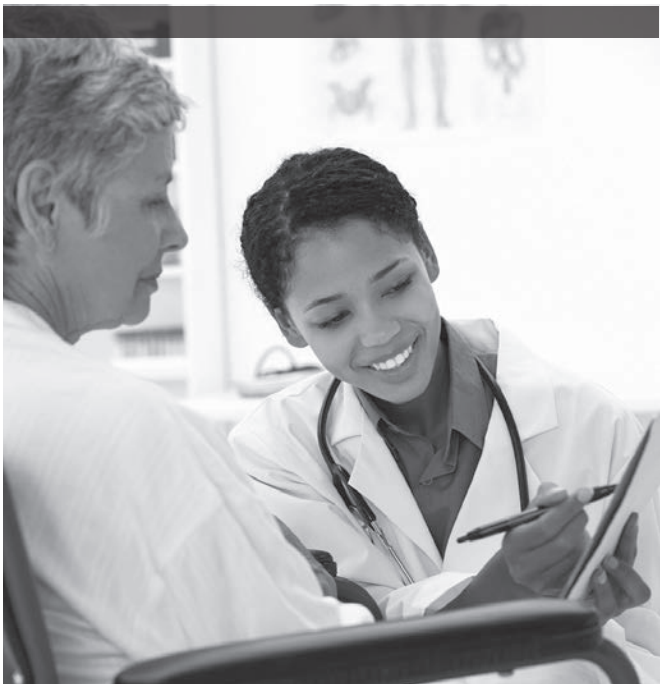
다시 한번, 병원 또는 요양원 직원이 비공식적 방법으로 분쟁을 해결하기 위해 시도할 수 있습니다. 분쟁 해결을 하지 못할 경우 동의하지 않는 사람이 윤리 심의 위원회의

지원을 요청할 수 있습니다. 의사 결정자에 이의를 제기하는 사람은 윤리 심의 위원회가 분쟁 해결을 시도하도록 요청할 수 있습니다. 해당인은 위원회에 정보와 의견을 제시할 수 있습니다. 윤리 심의 위원회는 조언을 제공하고, 권고하며, 분쟁 해결에 도움을 줄 수 있습니다.

윤리 심의 위원회의 권고와 조언은 구속력이 있습니까?

그렇지 않습니다. 윤리 심의 위원회의 권고 및 조언은 세 가지 특정 결정을 제외하고 권고 사항이며 구속력이 없습니다. 윤리 심의 위원회는 다음 세 가지 상황에서의 결정에 동의해야 합니다.

- 특별 대리인은 요양원에서 환자에게 연명 치료(CPR 제외)의 보류 또는 철회를 결정합니다. 해당 환자는 6개월 이내에 사망할 것으로 예상되지 않으며 영구 의식불명 상태가 아닙니다. 이 상황에서 윤리 심의 위원회는 다음에 동의해야 합니다. 해당 환자는 회복 불능 또는 치료 불능의 상태입니다. 또한 연명 치료 제공이 합리적으로 비인도적 또는 해당 상황에서 보통 이상의 부담이 될 것으로 간주되는 통증, 고통 또는 다른 부담을 포함합니다.
- 특별 대리인은 병원에서 환자에게 인공 영양 및 수분 공급의 보류 또는 철회를 결정합니다. 담당 의사는 이에 반대합니다. 해당 환자는 6개월 이내에 사망할 것으로 예상되지 않으며 영구 의식불명 상태가 아닙니다. 이 상황에서 윤리 심의 위원회는 다음에 동의해야 합니다. 해당 환자는 회복 불능 또는 치료 불능의 상태입니다. 또한, 인공 영양 및 수분 공급은 합리적으로 비인도적 또는 해당 상황에서 보통 이상의 부담이 될 것으로 간주되는 통증, 고통 또는 다른 부담을 포함합니다.
- 병원이나 요양원에서 윤리 심의 위원회는 부모나 보호자의 동의 없이 연명 치료를 보류 또는 철회하는 미혼의 자립 청소년의 결정을 인정해야 합니다.
- 의사가 수행 능력이 없고 건강 대리인이나 특별 대리인도 없는 환자를 호스피스에 입원시키기로 결정합니다. 이때 위원회 역시 치료에 대한 대리 결정 기준에 부합하는 경우 생명 연장술의 보류 또는 철회를 포함할 수 있는 호스피스 치료 계획을 검토해야 합니다.



이 세 가지 상황에서 윤리 심의 위원회가 승인하지 않는 한 연명 치료를 보류하거나 철회하지 않습니다.

윤리 심의 위원회의 권고와 조언이 권고 사항이며 구속력이 없다는 것은 무엇을 의미합니까?

이는 우선 순위가 가장 높은 특별 대리인이 법적 건강 관리 결정을 내릴 수 있음을 의미합니다. 이 특별 대리인은 특별 대리인 목록에서 우선 순위가 더 낮은 다른 사람 또는 다른 사람이 특별 대리 의사 결정자에 계속 동의하지 않는 경우에도 법적 의료 관리 결정을 내릴 수 있습니다.

병원이나 요양원이 건강 관리 결정 존중을 방해하는 종교적 또는 도덕적 신념에 따른 정책을 가지고 있는 경우 어떻게 해야 합니까?

가능한 경우 해당 시설은 입원 전이나 입원 시 환자 또는 가족에게 해당 정책을 알려야 합니다. 결정이 내려진 경우 해당 시설은 합리적으로 이용 가능하고 해당 결정을 존중할 의향이 있는 다른 시설에 환자를 인도하는 데 협조해야 합니다. 법원이 달리 규정하지 않는 한 해당 시설은 해당 결정을 존중해야 합니다. 해당 결정이 건강 관리 종사자의 종교적 또는 도덕적 신념에 반하는 경우 환자를 즉시 다른 건강 관리 종사자의 관리를 받아야 합니다.

병원 또는 요양원 밖 심폐 소생술 금지(Do Not Resuscitate, DNR) 지시

환자가 병원 또는 요양원에 입원하지 않은 경우 해당 환자는 DNR 지시 또는 DNI 지시를 어떻게 받을 수 있습니까?

환자 담당의는 New York State Department of Health가 승인한 표준 양식에 DNR 지시를 작성할 수 있습니다: DOH-3474 (비병원 심폐소생술 금지 지시). 의사는 MOLST(연명 치료를 위한 의료 지시)라는 DOH-5003 양식을 사용하여 비병원 DNR 지시 외에 비병원 DNI 지시에 서명할 수 있습니다. EMS, 홈 케어 기관 및 호스피스는 이러한 지시를 존중해야 합니다.

해당 환자가 비병원 DNR 지시 또는 MOLST 지시를 가지고 집에 머물고 가족이나 친구가 구급차를 부르는 경우 어떻게 됩니까?

해당 환자가 비병원 DNR 지시를 가지고 있고 이를 응급 요원에게 보여주는 경우 응급 요원은 환자를 소생시키거나 CPR을 위해 환자를 병원 응급실로 이송할 시도를 하지 않을 것입니다. 응급 요원은 여전히 통증을 완화하고 고통을 줄이기 위한 안락 치료를 포함하여 다른 필요한 치료를 위해 해당 환자를 병원에 이송할 수 있습니다.

환자가 병원이나 요양원에서 홈 케어로 전환하는 경우 병원이나 요양원에서 발급한 DNR 지시는 어떻게 됩니까?

병원이나 요양원에서 환자를 위해 발급한 지시는 가정에서 적용되지 않을 수도 있습니다. 환자 또는 다른 의사 결정자는 DOH-3474 양식 또는 DOH-5003 MOLST 양식에 비병원 DNR 지시를 받아야 합니다. 환자가 비병원 DNR 지시 없이 병원이나 요양원을 퇴원할 경우 가정에서 의사가 이를 발급할 수 있습니다.

건강 관리 위임장

뉴욕주 내 건강 관리 대리인 지정

New York Health Care Proxy Law(뉴욕 건강 관리 대리인법)에 따라 귀하는 스스로 의사 결정을 내릴 수 있는 능력을 상실할 경우 의료 관리 결정을 내려 줄 사람으로 귀하가 신뢰하는 사람(예를 들면 가족이나 지인)을 지정해야 합니다. 건강 관리 대리인을 지정하여 건강 관리 제공자가 귀하의 의사를 따르도록 할 수 있습니다. 귀하의 대리인은 귀하의 건강 상태 변화에 따라 귀하의 바람을 어떻게 적용할 것인지도 결정할 수 있습니다. 병원, 의사 및 그 외 건강 관리 제공자는 반드시 대리인의 결정을 귀하의 결정인 것처럼 따라야 합니다. 귀하는 건강 관리 대리인으로 선택한 해당인에게 원하는 수준으로 적거나 많은 권한을 대리인이 모든 건강 관리 결정을 하게 하거나 특정 결정만 하게 할 수도 있습니다. 또한 대리인에게 대리인이 따라야 할 지시 사항을 줄 수도 있습니다. 본 양식을 이용하여 장기 및 /또는 조직 기증에 관하여 귀하의 의사 또는 지시 사항을 문서화할 수도 있습니다.

건강 관리 위임장 양식 소개

본 안내서는 중요한 법적 문서입니다. 서명 전 귀하는 다음의 사실을 이해해야 합니다.

1. 본 양식은 귀하의 대리인으로 선정한 해당인에게 귀하가 본 양식에 다르게 명시하지 않는 한 연명 치료의 거부 또는 제공 결정을 포함하여 귀하를 위해 모든 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여합니다. "건강 관리"란 신체 또는 정신 상태를 진단하거나 치료하기 위한 모든 치료, 서비스 또는 절차를 의미합니다.
2. 대리인이 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대한 귀하의 의사를 정확하게 알고 있지 않는 한, 대리인은 귀하를 위한 그러한 조치에 대해 거부하거나 동의할 수 없습니다.
3. 귀하가 스스로 건강 관리 결정을 내릴 수 없다고 담당 의사가 판단할 때 대리인이 귀하를 위해 결정을 내리기 시작합니다.
4. 본 양식에 원하지 않는 치료 유형 및/또는 반드시 받기를 원하는 치료 유형의 예를 기재할 수 있습니다. 지시 사항은 대리인의 결정 권한을 제한하는 데 이용될 수 있습니다. 대리인은 귀하를 위해 결정을 내릴 때 반드시 귀하의 지시 사항을 따라야 합니다.
5. 본 양식을 작성하는 데 변호사는 필요하지 않습니다.
6. 가족 구성원이나 가까운 친구 등 모든 성인(18세 이상)을 대리인으로 선택할 수 있습니다. 의사를 대리인으로 선택하는 경우, 의사가 동시에 두 역할을 수행할 수 없으므로 대리인이나 담당 의사의 역할 중 하나를 선택해야 합니다. 또한 귀하가 병원, 요양원 또는 정신 건강 시설의 환자 또는 거주자인 경우 해당 시설에서 근무하는 누군가를 대리인으로 지정하는 데 특별 제한이 있습니다. 그러한 제한에 대한 설명은 해당 시설의 직원에게 문의하십시오.
7. 누군가를 건강 관리 대리인으로 지정하기 전에 해당인이 대리인으로서 역할을 수행할 의향이 있는지 논의하십시오. 선택한 해당인에게 귀하의 건강 관리 대리인이 될 것이라고 말하십시오. 대리인과 귀하의 건강 관리 의사 및 본 양식에 대해 논의하십시오. 대리인에게 서명한 사본 한 부를 제공하십시오. 대리인이 선의로 내린 건강 관리 결정에 대해 고소할 수 없습니다.
8. 귀하가 다르게 명시하지 않는 한 배우자를 건강 관리 대리인으로 지정한 후 이혼하거나 법적으로 헤어진 경우에 이전 배우자는 법에 따라 더 이상 대리인이 될 수 없습니다. 이전 배우자를 대리인으로 유지하고 싶은 경우, 현재 양식에 그러한 내용과 날짜를 기재하거나 이전 배우자를 대리인으로 지정하는 새 양식을 작성하십시오.
9. 이 양식에 서명을 했더라도 귀하가 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 한 건강 관리 결정을 직접 내릴 권한이 있으며, 귀하가 반대하는 경우 귀하에게 치료를 제공할 수 없거나 중단할 수 없으며 대리인은 이에 반대할 권한이 없습니다.
10. 귀하는 구두 또는 서면으로 대리인 또는 건강 관리 제공자에게 의사를 전달하여 대리인에게 부여한 권한을 취소할 수 있습니다.
11. 건강 관리 대리인 지정은 자발적 의사에 따릅니다. 누구도 귀하에게 대리인을 지정하도록 요구할 수 없습니다.
12. 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 귀하의 의사나 지시 사항을 명시할 수 있습니다.

자주 묻는 질문

건강 관리 대리인을 선택하는 이유는 무엇입니까?
임시로 귀하가 건강 관리 결정을 내릴 수 없는 상태가 되더라도 누군가 귀하를 위해 결정을 내려야만 합니다. 건강 관리 제공자는 종종 가족 구성원이 지침을 줄 것을 기대하기도 합니다. 가족 구성원이 특정 치료와 관련한 귀하의 의사에 대해 생각을 나타낼 수도 있습니다. 대리인을 지정해 두면 다음을 통해 귀하의 의학적 치료를 통제할 수 있습니다.

- 대리인에게 귀하가 결정되길 원하는 대로 대신 건강 관리 결정을 내리게 할 수 있습니다.
- 최선의 결정을 내려줄 것으로 생각되는 사람을 선택하여 건강 관리 결정을 내릴 수 있습니다.
- 대리인을 선택해 가족 구성원 및/또는 중요한 다른 사람 사이에 충돌이나 혼란이 생기지 않도록 할 수 있습니다.

첫 번째 대리인이 귀하를 위한 결정을 내릴 수 없는 경우, 이 임무를 수행할 대체 대리인을 지정할 수도 있습니다.

건강 관리 대리인은 누가 될 수 있습니까?
18세 이상의 성인이면 누구나 건강 관리 대리인이 될 수 있습니다. 귀하가 귀하의 대리인 또는 대체 대리인으로 지정한 사람은 건강 관리 위임장 양식에 증인으로 서명할 수 없습니다.

건강 관리 대리인은 어떻게 지정합니까?
18세 이상의 능력 있는 모든 성인은 건강 관리 위임장이라는 양식에 서명하여 의료 관리 대리인을 지정할 수 있습니다. 변호사나 공증인은 필요하지 않으며, 두 명의 성인 증인만 있으면 됩니다. 대리인은 증인으로 서명할 수 없습니다. 여기에 인쇄된 양식을 사용할 수 있으나 이 양식을 사용할 필요는 없습니다.

본인의 건강 관리 대리인이 본인을 위해 건강 관리 결정을 내리기 시작하는 때는 언제입니까?
건강 관리 대리인은 귀하가 스스로 건강 관리 결정을 내릴 수 없다고 의사가 판단한 이후부터 건강 관리 결정을 내리기 시작합니다. 귀하가 스스로 건강 관리 결정을 내릴 수 있는 한 결정에 대한 권리는 귀하가 가지게 됩니다.

건강 관리 대리인이 내릴 수 있는 결정에는 무엇이 있습니까?
건강 관리 대리인의 권한을 제한하지 않는 한, 대리인은 귀하 스스로 결정할 수 있다면 내렸을 수 있는 모든 건강 관리 결정을 내릴 수 있습니다. 대리인은 귀하의 의사 및 관심에 준하여 귀하가 치료를 받아야 함에 동의하고, 여러 가지 치료 중에서 선택하며, 받지 않아야 할 치료를 결정할 수 있습니다. 그러나 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대해서 대리인은 귀하가 말한 내용이나 작성한 내용을 통해 귀하의 의사를 알고 있는 경우에만 결정을 내릴 수 있습니다. 건강 관리 위임장 양식이 대리인에게 재정적 결정 등 비의료적 관리 결정을 내릴 권한을 부여하는 것은 아닙니다.

저는 젊고 건강한데 왜 건강 관리 대리인을 지정할 필요가 있나요?
건강 관리 대리인을 지정하는 것은 귀하가 고령자가 아니거나 말기의 질병에 걸린 것이 아니라고 해도 바람직한 것입니다. 의료 관리 대리인은 귀하가 일시적으로 스스로 의료 관리 결정을 내릴 수 없는 경우(전신 마취 상태이거나 사고로 인해 혼수 상태인 경우)에도 건강 관리 대리인이 귀하를 대리할 수 있습니다. 귀하가 다시 스스로 건강 관리 결정을 할 수 있게 되면 귀하의 건강 관리 대리인은 더 이상 대리 권한이 없게 됩니다.

건강 관리 대리인은 어떻게 결정을 내립니까?
대리인은 귀하의 의사뿐만 아니라 도덕적/종교적 신념도 따라야 합니다. 귀하는 건강 관리 위임장 양식에 지시 사항을 기록하거나 대리인과 이에 대해 논의할 수 있습니다.

자주 묻는 질문, 계속

건강 관리 대리인이 본인의 의사를 어떻게 알 수 있습니까?
건강 관리 대리인과 숨김없이 솔직하게 귀하의 의사에 대해 이야기를 나누어 대리인이 귀하의 관심사를 보다 더 잘 이행할 수 있게 하십시오. 대리인이 귀하의 의사나 신념을 모른다면 대리인은 법적으로 귀하의 최선의 이익에 맞게 행동해야 합니다. 이는 귀하가 건강 관리 대리인으로 지정한 해당인에게는 가장 핵심적인 책임이므로 다음과 같은 다른 상황에 따라 귀하가 원하는 또는 원하지 않는 치료 유형에 대해 대리인과 논의해야 합니다.

- 귀하가 영구적인 코마 상태에 빠진 경우 연명 장치 시작/지속/중단 여부
- 귀하가 불치병에 걸린 경우 치료의 시작/지속/중단 여부
- 어떤 상황에서 인공 영양 및 수분 공급의 시작/보류 또는 지속 또는 철회 여부

건강 관리 대리인은 본인의 의사나 사전 치료 지시 사항을 무시할 수 있습니까?
그렇지 않습니다. 대리인은 귀하의 의사에 기반하여 결정을 내릴 의무가 있습니다. 특정 의사를 명확하게 표현하였거나 특정 치료에 대해 지시 사항을 제시한 경우, 대리인은 귀하의 의사가 바뀌었다거나 적용되지 않는 상황이라는 것에 대해 선의에 근거한 믿음을 가지고 있는 경우가 아니라면 귀하의 의사나 지시 사항을 따를 의무가 있습니다.

본인의 대리인에게 주의를 기울이는 주체는 누구입니까?
모든 병원, 요양원, 의사 및 기타 건강 관리 제공자는 법적으로 귀하에게 제공해야 하는 동일한 정보를 귀하의 건강 관리 대리인에게 제공해야 하고 대리인이 내린 결정을 귀하가 내린 결정과 같이 존중해야 합니다. 병원이나 요양원에서 일부 치료 옵션(특정 치료의 중단 등)에 반대하는 경우, 합리적으로 가능하다면 입원 전 또는 입원 시 귀하나 대리인에게 이를 알려야 합니다.

의사 결정을 내려야만 하는 시점에 본인의 건강 관리 대리인이 이를 할 수 없다면 어떻게 됩니까?
귀하의 건강 관리 대리인이 반드시 결정을 내려야 하는 시점에 함께 있지 않거나 이를 할 수 없거나 이를 할 의지가 없는 상황에는 결정을 내릴 대체 대리인을 지정할 수 있습니다. 그렇지 않은 경우, 귀하가 제공할 수 있을 때 해 둔 지시 사항에 따라 건강 관리 제공자가 귀하를 위해 건강 관리 결정을 내리게 됩니다. 귀하가 건강 관리 위임장 양식에 기록한 모든 지시 사항은 이러한 상황에서 건강 관리 제공자에게 안내 지침이 됩니다.

마음이 바뀌면 어떻게 해야 하나요?
건강 관리 대리인으로 선택한 사람을 바꾸거나 본 양식에 포함한 모든 지시 사항이나 제한 사항을 변경하려면 건강 관리 위임장을 취소하면 됩니다. 그리고 새로운 양식을 작성하십시오. 이에 더하여 건강 관리 위임장의 만료일을 특정 날짜 또는 특정 사건 발생 시로 지정할 수 있습니다. 그렇지 않으면 건강 관리 위임장은 무기한으로 유효합니다. 건강 관리 대리인 또는 대체 대리인으로 배우자를 선택한 경우, 이혼을 하거나 법적으로 헤어지면 이 지정은 자동으로 취소됩니다. 이전 배우자를 대리인으로 유지하고 싶은 경우, 현재 양식에 그러한 내용과 날짜를 기재하거나 이전 배우자를 대리인으로 지정하는 새 양식을 작성하십시오.

자주 묻는 질문, 계속

건강 관리 대리인이 본인을 대신하여 내린 결정에 대해 법적 책임을 지게 됩니까?
그렇지 않습니다. 건강 관리 대리인은 귀하를 대신해 선의로 내린 건강 관리 결정에 대해 책임을 지지 않습니다. 또한, 대리인은 귀하의 대리인일 뿐이므로 귀하의 치료 비용에 대해 책임을 질 수 없습니다.

건강 관리 위임장이 존엄사 유언장과 같은 것입니까?
아닙니다. 존엄사 유언장은 건강 관리 결정과 관련해 구체적인 지시 내용을 담고 있는 문서입니다. 이러한 지시 사항을 건강 관리 위임장에 넣을 수 있습니다. 건강 관리 위임장을 통해 귀하 대신 건강 관리 결정을 내려줄 귀하가 신뢰하는 사람을 선택할 수 있는 것입니다. 존엄사 유언장과는 다르게 건강 관리 위임장은 발생할지도 모르는 모든 결정에 대해 귀하가 사전에 알 필요가 없습니다. 그 대신 건강 관리 대리인은 의학적 상황의 변화에 따라 귀하의 의사를 해석할 수 있고 귀하가 모를 수 있는 사항에 대해서도 결정할 수 있습니다.

건강 관리 위임장 양식에 서명한 후 어디에 보관해야 할까요?
사본을 대리인, 담당의, 변호사 및 가족이나 귀하가 원하는 지인에게 주십시오. 지갑이나 가방 또는 다른 중요 서류가 보관되어 있는 곳에 사본을 두되 안전 금고 등 누구도 접근할 수 없는 장소에는 보관하지 마십시오. 경미한 수술이라도 병원에 입원하거나 외래 수술을 받는 경우 사본을 지참하십시오.

건강 관리 위임장을 이용하여 장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사를 표현할 수 있습니까?
네. 건강 관리 위임장 양식의 장기 및 조직 기증 섹션을 이용하되 두 명의 증인이 있어야 함에 유의하십시오. 이때 귀하는 이식, 연구 또는 교육 등, 장기 및/또는 조직의 사용 목적을 지정할 수 있습니다. 귀하의 의사와 관련하여 제한 사항(들)이 있다면 위임장의 이 섹션에 기재해야 합니다. **건강 관리 위임장 양식에 귀하의 의사와 지시 사항을 포함하지 못한 경우라도 장기 및/또는 조직 기증을 원하지 않는다는 의미로 해석되지 않습니다.**

건강 관리 대리인이 장기 및/또는 조직 기증에 관해 결정을 내릴 수 있습니까?
네. 2009년 8월 26일부로 건강 관리 대리인은 귀하의 사망 후 장기 및/또는 조직 기증에 한해서만 의사 결정을 할 수 있는 권한을 가지게 되었습니다. 건강 관리 대리인은 이 같은 결정을 귀하의 건강 관리 위임장 양식에 기록된 내용에 따라 내려야 합니다.

지금 본인의 의사를 명시하지 않기로 하면 누가 기증에 동의할 수 있는 것입니까?
장기, 안구 및/또는 조직 기증에 대한 의사를 건강 관리 대리인 또는 "건강 관리 대리 서류", 가족 및 유품 처리 책임자에게 언급해 두는 것이 중요합니다. 장기 및/또는 조직 기증자가 되기를 원하는지 의사를 밝히지 않은 경우, New York Law(뉴욕 법)에서는 귀하를 대신하여 장기, 안구 및/또는 조직 기증에 동의할 권한을 가진 사람의 목록을 제공하고 있습니다. 우선 순위는 건강 관리 대리인/대리 서류, 법적으로 헤어지지 않은 배우자, 동거 파트너, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제자매, 성인인 손자, 조부모, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자, 혹은 그 밖의 시신을 처리하는 권한을 가진 사람 순입니다.

건강 관리 위임장 양식 지침

(1)
대리인으로 선정한 해당인의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

(2)
대체 대리인을 지정하고 싶은 경우, 대체 대리인으로 선정한 해당인의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

(3)
만료일 또는 만료 조건을 명시하지 않는 한 귀하의 건강 관리 위임장은 무기한 유효합니다. 선택 사항이며 귀하의 건강 관리 위임장을 만료하고 싶은 경우에만 기재합니다.

(4)
대리인에게 특별한 지시 사항이 있으면 여기에 기재합니다. 또한, 대리인의 권한을 어떤 방식으로든 제한하고 싶은 경우에도 여기에 기재하거나 건강 관리 대리인과 논의할 수 있습니다. 제한 사항을 명시하지 않은 경우, 대리인은 연명 치료의 동의 또는 거부 결정을 비롯하여 귀하가 내릴 수 있는 모든 건강 관리 결정을 내릴 수 있습니다.

대리인에게 전반적인 권한을 부여하고 싶은 경우 양식에 바로 기재할 수도 있습니다. 다음과 같이 기재하십시오. 본인은 건강 관리 대리인 및 대체 대리인과 본인의 의사에 대하여 논의하였으며, 대리인은 인공 영양 및 수분 공급을 비롯하여 본인의 의사를 알고 있습니다.

더욱 구체적인 지시 사항을 제공하고자 하는 경우, 다음과 같이 기재할 수 있습니다.

본인이 위독하게 될 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다....

본인이 혼수상태에 빠지거나 의식이 거의 없으며 회복 가망이 없는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다:....

본인이 뇌 손상이 있거나 사람을 알아볼 수 없거나 말을 할 수 없는 뇌 질환에 걸려 상태가 개선될 희망이 없는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다:....

본인은 의료 관리 대리인과 _____에 대한 본인의 의사를 논의하였으며, 이러한 조치에 대한 모든 결정을 대리인이 내리기를 원합니다.

대리인에게 특별한 지시 사항을 제공하기를 바랄 수 있는 의료 치료에 대한 예는 아래와 같습니다. 완전한 목록은 아닙니다.

- 인공호흡
- 인공 영양 및 수분 공급(주입관을 통한 영양분 및 물 공급)
- 심폐소생술 (CPR)
- 항정신성 약물 투여
- 전기 충격 요법
- 항생제
- 수술
- 투석
- 이식
- 수혈
- 낙태
- 불임 수술

(5)
본 건강 관리 위임장 양식에 날짜를 적고 서명해야 합니다. 스스로 서명할 수 없는 경우, 귀하 앞에서 다른 사람이 서명하도록 지시할 수 있습니다. 주소 기재도 잊지 마십시오.

(6)
본 양식에 장기, 안구 및/또는 조직 기증에 대한 의사나 지시 사항을 명시할 수 있습니다. 뉴욕 법은 귀하를 대신하여 장기, 안구 및/또는 조직 기증에 동의할 사람의 우선 순위는 다음과 같이 제공하고 있습니다. 귀하가 지정한 건강 관리 대리인/대리 서류, 귀하의 유품 처리를 관리하도록 지정한 사람, 법적으로 헤어지지 않은 배우자, 동거 파트너, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제 자매, 성인인 손자, 조부모, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자, 혹은 그 밖의 시신을 처리하는 권한을 가진 사람 순입니다.

(7)
18세 이상의 증인 2명이 본 건강 관리 위임장 양식에 서명해야 합니다. 대리인 또는 대체 대리인으로 지정된 해당인은 증인으로 서명할 수 없습니다.

건강 관리 위임장

(1) 나는 _____

이로써 _____

(이름, 집 주소 및 전화번호)

_____

_____

을(를) 달리 명시하지 않은 한, 본인을 대신하여 일체의 건강 관리 결정을 내릴 대리인으로 지정합니다. 본 위임장은 본인이 스스로 건강 관리 결정을 내릴 수 없게 되는 경우에만 유효합니다.

(2) 선택 사항: 대체 대리인

본인이 지정한 해당인이 본인의 건강 관리 대리인으로서 역할을 수행할 수 없거나 그럴 의향이 없는 경우, 본인은 이로써 _____

(이름, 집 주소 및 전화번호)

_____

_____

을(를) 본인을 대신하여 일체의 건강 관리 결정을 내릴 대리인으로 지정합니다.

(3) 본인이 본 위임장을 철회하거나 만료일 또는 만료될 상황을 명시하지 않는 한 본 위임장은 무기한 유효합니다. *(선택 사항: 본 위임장을 만료시키고 싶은 경우 여기에 만료일 또는 조건을 명시하십시오.)* 본 위임장은 다음의 경우 만료됩니다*(날짜 또는 조건 명시)*:

_____

_____

(4) 선택 사항: 본인은 건강 관리 대리인이 아는 것처럼 또는 아래 명시된 것처럼 본인의 의사와 제한 사항에 따라 건강 관리 결정을 내리도록 지시합니다. *(건강 관리 결정에 대해 대리인의 권한을 제한하거나 특정 지침을 제공하고 싶은 경우, 그 의사나 제한 사항을 여기에 명시할 수 있습니다.)* 본인은 건강 관리 대리인이 다음 제한 사항 및/또는 지침에 따라 건강 관리 결정을 내리도록 지시합니다*(필요한 경우 추가 페이지 첨부)*.

_____

_____

대리인에게 인공 영양 및 수분 공급*(주입관 및 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)*에 대한 건강 관리 결정을 내리게 할 경우, 대리인이 귀하의 의사를 정확하게 알고 있어야 합니다. 귀하의 의사를 대리인에게 말하거나 이 섹션에 포함시킬 수 있습니다. 인공 영양 및 수분 공급에 대해 바라는 점을 비롯하여 본 양식에 귀하의 의사를 포함시키려는 경우, 사용할 수 있는 견본 문구에 대한 지침을 참조하십시오.

(5) 귀하의 신분 증명*(정자체 기입)*

이름 _____

서명 _____ 날짜 _____

주소 _____

(6) 선택 사항: 장기 및/또는 조직 기증

본인은 사망 시 다음과 같이 장기 및/또는 조직을 기증합니다:

(해당하는 것 모두 체크)

☐ 필요한 모든 장기 및/또는 조직 _____

☐ 다음 장기 및/또는 조직 _____

_____

☐ 제한 사항

본 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 귀하의 의사나 지시 사항을 명시하지 않는 경우, 귀하가 기증을 원하지 않거나 귀하를 대신하여 법적인 권한이 있는 다른 사람이 기증에 동의하는 것을 막는 것으로 해석되지 않습니다.

서명 _____ 날짜 _____

(7) 증인 진술 (증인은 18세 이상이어야 하며 건강 관리 대리인 또는 대체 대리인일 수 없습니다.)

본인은 이 문서에 서명한 사람이 개인적으로 본인을 알고 있으며 온전한 정신으로 자유 의지에 따라 행동하는 것으로 보인다고 선언합니다. 해당인은 본인의 입회 하에 이 문서에 서명했습니다 (또는 해당인을 위해 다른 사람에게 서명하도록 요청했습니다).

증인 1 _____

날짜 _____

이름*(정자체)* _____

서명 _____

주소 _____

증인 2 _____

날짜 _____

이름*(정자체)* _____

서명 _____

주소 _____

NEW YORK STATE | Department of Health

New York State Department of Health(뉴욕주 보건국)에서 보내는 서신

전국 계획 및 연구 조사 협력 시스템 (SPARCS, Statewide Planning and Research Cooperative System)

이는 New York State Department of Health가 전국 계획 및 연구 조사 협력 시스템(SPARCS)이라는 전국 데이터 시스템을 개발했으며 모든 급성 환자 치료 병원이 모든 환자에 대한 특정 청구 및 의료 기록 정보를 SPARCS에 필수적으로 제출해야 함을 모든 병원 환자들에게 알리고자 하는 정보입니다. 본 SPARCS 내 정보는 재정 연구, 청구율 설정, 활용 평가, 건강 계획, 전염병학, 그리고 연구 조사를 위해 사용될 예정입니다.

이 프로그램 내에서는 다음과 같은 사항이 유지됨을 기억해 주시기 바랍니다:

1. New York State Department of Health는 SPARCS 시스템 내 환자를 식별할 수 있게 하는 환자 이름이나 정보를 절대로 제공받지 않습니다.
2. SPARCS 내 민감한 정보에 대한 접근을 제한하며 개별적 공공 검토 위원회가 모든 요청 사항을 검토함을 보장하여 환자의 개인 정보와 기밀성을 보호하고자 하는 규정이 제정되어 있습니다.
3. SPARCS 내 민감한 정보에 대한 접근을 제한하며 데이터 관리 위원회가 모든 요청 사항을 검토함을 보장하여 환자의 개인 정보와 기밀성을 보호하고자 하는 규정이 제정되어 있습니다.
4. SPARCS는 특정 환자를 식별하도록 고안된 시스템이 아니며, 대신 병원 내 질환의 패턴과 치료 비용에 대한 정보를 제공하도록 구성되어 있습니다.

본 병원은 뉴욕주 공식 코드, 규칙 및 규정 섹션 400.18, 제 1조항, A조, 제 5장, 타이틀 10(건강)에 따라 Department of Health에 환자 의료 기록과 청구 데이터를 필수로 제출해야 합니다. 제공된 정보의 개인 정보 보호, 기밀성 및 보안은 뉴욕주 공식 코드, 규칙 및 규정 섹션 400.18(e), 제 1조항, A조, 제 5장, 타이틀 10(건강)에 따라 보호받습니다.

SPARCS에 대한 더 많은 정보를 얻으시려면 다음 연락처로 연락해 주시기 바랍니다:

SPARCS Operations
Bureau of Health Informatics
Office of Quality and Patient Safety
New York State Department of Health
Empire State Plaza
Corning Tower, Room 878
Albany, New York 12237

전화: (518) 473-8144 팩스: (518) 486-3518

질문/의견: sparcs.submissions@health.ny.gov

데이터 요청: sparcs.requests@health.ny.gov

병원은 환자에게 New York State Department of Health가 보내는, SPARCS라고 불리는 전국 데이터 수집 시스템에 관한 통지를 제공해야 함

10NYCRR, 400.18 (b) (2) and (C) (2) (SPARCS Letter)

임산부 정보

병원(그리고 출산 센터)은 임산부 환자나 임산부 환자의 지정 대리인(사전 예약, 출생 전 출산 교육 수업 참석, 또는 입원 시에), 그리고 요청하는 일반 대중에게 모유 수유 중인 어머니의 권리 장전 사본과 임산부 정보 전단지를 제공해야 합니다.

모유 수유 중인 어머니의 권리 장전은 여성들이 병원의 모유 수유 지침, 지원 및 후원과 모유 수유의 혜택에 대한 정보를 상업적 관심사 없이 제공해야 하는 의무에 대한 설명을 받도록 필수로 요구하고 있습니다. 본 정보는 귀하에게 무엇을 기대해야 하는지, 그리고 귀하의 출산 선택 사항과 권리는 무엇인지를 설명하고, 아기의 출생을 계획할 수 있도록 도울 것입니다.

임산부 정보 전단지는 귀하의 병원 내 임산부 관련 절차와 관례에 대한 정보를 포함합니다. 특정 병원에 해당하는 통계와 임산부 관리를 제공하는 모든 뉴욕 병원에 대한 평균 통계는 매년 갱신됩니다. 이는 귀하가 분만 유형(예: 제왕절개), 분만 시 선택된 절차의 사용, 모유 수유율, 제공되는 분만실, 또는 모자동실에 관한 본인의 병원 내 통계를 다른 뉴욕 병원에 비교할 수 있도록 하는 자료입니다.

- 뉴욕주 입원 환자 보험 커버리지는 자연 분만의 경우 분만 후 적어도 48시간 동안, 그리고 제왕 절개의 경우 적어도 96시간 동안 산모와 신생아에게 제공됩니다. 각 병원은 추가로 모유 수유 또는 젖병 수유 및 신생아 임상 평가에 대한 환자 교육, 지원 및 교육을 제공해야 합니다. 본인의 임산부 보험 커버리지에 대한 더 자세한 정보는 귀하의 보험 회사에 문의하시기 바랍니다.
- 출산 후에는 산후 우울증이나 산모 우울증(베이비 블루스)이 발생할 수 있습니다. 귀하의 몸은 신체적 변화와 호르몬 변화를 겪었으므로 출산 후 며칠 동안 또는 몇 주 동안 슬픔, 감정 기복, 분노, 불안감 및 낮은 자존감 등의 감정을 경험할 수 있습니다. 산모 우울증은 매우 흔하며 시간이 지나면서 없어집니다. 귀하의 의사는 기분을 나아지게 할 방법을 제안해 드릴 수 있습니다. 조금 덜 흔한 증상은 산후 우울증입니다. 이런 경우에는 증상이 심각하며 절망, 높은 불안감, 식사 문제, “주체할 수 없는” 기분, 그리고 본인이나 아기에게 해를 가하는 생각 등의 감정을 포함할 수 있습니다. 산후 우울증은 치료가 가능한 병이므로 해당 증상을 본인의 의사에게 알려 주시기 바랍니다. 자신이 본인이나 아기에게 해를 가할 것 같은 느낌이 들면 즉시 본인의 의사에게 연락하셔야 합니다.
- 흔들린 아기 증후군(뇌와 눈의 내출혈)은 영유아나 아이를 격렬하게 흔들었을 때 발생하는 부상을 뜻합니다. 새롭게 부모가 되신 분들은 본인의 아기나 어린 아이를 흔들었을 때 발생하는 위험에 대해 알고 계셔야 합니다. 이러한 상황은 대개 좌절감을 느끼고 있는 상태에서 아이를 돌보는 사람이 자제력을 잃고 아이를 그만 울게 하기 위해 흔들면서 발생합니다. 주로 이러한 상황은 아이를 그만 울게 하려는 의도에서 발생하며 아이에게 실제로 해를 가하려는 의도가 없을 때도 발생하곤 합니다. 신생아를 돌봐야 하는 스트레스는 아기의 부모를 포함하여 아이를 돌보는 이들 누구나 아기를 흔들 수 있는 위험에 처하게 할 수 있습니다. 병원을 떠나기 전에 귀하는 신생아와 어린 아이를 흔드는 데 따르는 위험에 대한 비디오를 시청할 것을 요청받으실 것입니다. 귀하는 또한 본인이 비디오를 시청하였음을 표시하거나 시청을 거부했음을 표시하는 양식에 서명을 요청받으시게 됩니다. 흔들린 아기 증후군에 대한 더 자세한 정보는 Department of Health 웹사이트인 health.ny.gov/prevention/injury_prevention/shaken_baby_syndrome/을 방문해 확인하시기 바랍니다.
- 안전한 수면 공간과 자세는 수면 관련 원인으로 인해 아기가 갑작스럽게 사망하는 것을 방지하는 데 매우 중요한 역할을 합니다. 아기들은 혼자서, 등을 대고 똑바로 누운 상태로 안전한 유아용 침대 안에서 잠들어야 합니다(낮잠 포함). 이 유아용 침대는 단단한 매트리스와 아래 시트를 갖춰야 합니다. 아기와 같은 방을 쓰지만 침대는 공유하지 않는 것을 권장하고 있습니다. 아기들은 소파나 의자에서 자면 안됩니다. 귀하는 아기를 병원이나 출산 센터에서 집으로 데려가기 전에 안전한 수면에 대한 정보를 제공받게 될 것입니다. health.ny.gov/publications/0672/로 Department of Health 웹사이트를 방문하시기 바랍니다.

10NYCRR, 405.21 (c) (8) (iii): 병원은 사전 예약이 된 모든 여성을 위해 임신, 분만 및 출산, 신생아 관리 및 수유, 모유 수유, 부모 교육, 영양, 흡연, 알코올 및 기타 약물이 아기에게 미치는 영향, 그리고 신생아 검사 등을 설명하는 출산 전 분만 교육 수업이 제공됨을 보장해야 합니다.

Public Health Law, § 2803-j: 임산부 환자를 위한 정보

Public Health Law, § 2505-a: 모유 수유 중인 어머니의 권리 장전

가정 폭력:
출산 전 및 임산부 환자를 위한 통지

본 통지는 여러분이 가정 폭력의 피해자일 경우 여러분에게 도움이 될 수 있는 정보를 포함하고 있습니다. 본인이 가정 폭력의 피해자인 경우, 본인의 상황에 대해 의논할 수 있는 인물에게 상담을 받고 본 정보를 사적이고 비밀이 보장되는 상황에서 제공받을 수 있도록 요청하실 것을 권장해 드립니다. 병원 직원이 여러분과 동행한 파트너나 가족 일원의 앞에서 여러분에게 여러분이 가정 폭력의 피해자인지를 묻는 경우, 여러분의 환자로서의 권리는 침해받게 됩니다.

귀하와 귀하의 아기는 안전합니까?

귀하의 삶에 가정 폭력이 존재한다면, 귀하와 귀하의 아기는 안전하지 않을 수 있습니다. 다음으로 본인이 학대를 당하고 있는지를 판단하는 데 도움이 될 만한 몇 가지 질문을 준비했습니다:

귀하의 파트너는 귀하에게 말로 상처를 줍니까?

그는 귀하를 모욕하고 여러분이 아무런 쓸모가 없는 것처럼 느끼게 합니까?

그는 다른 사람들 앞에서 귀하를 깎아내립니까?

그는 귀하에게 신체적으로 상처를 입힙니까?

그는 귀하를 밀거나, 뺨을 때리거나, 때리거나, 주먹으로 때리거나, 발로 차거나, 목을 조르거나, 마구 때립니까?

그는 성관계 중 귀하가 하고 싶지 않은 성적 행위를 강요하거나 귀하에게 상처를 입힙니까?

그가 모든 것을 책임지고 주도하려 합니까?

그는 귀하가 누구는 만나고 누구는 만나지 못하도록 제한합니까?

그가 가정의 재정을 모두 조종합니까?

그는 귀하를 겁먹게 합니까?

그는 이성을 잃거나, 심하게 질투를 하거나, 무언가를 깨트리고 부숩니까?

그는 귀하나 아이들, 애완동물 또는 자기 자신에게 상처를 입힐 거라고 협박을 합니까?

가정 폭력의 피해자들이 항상 신체적인 상처를 입는 것은 아닙니다. 위 질문 중 하나라도 "예"라고 답한 것이 있으면 여러분은 학대를 당하고 있을 수 있습니다. 귀하와 귀하의 아이들은 위험에 처했을 수 있습니다.

귀하는 혼자가 아닙니다.

귀하의 잘못이 아닙니다.

귀하는 학대를 받아도 되는 사람이 아닙니다.

가정 폭력이 때로 임신 중 시작되거나 임신 중 더 심각해진다는 것을 알고 계셨습니까?

게다가 이런 경우 피해를 입는 이는 여러분 혼자가 아닙니다.

- 임신 중 학대를 당하는 여성은 다른 여성보다 더 유산, 감염, 출혈, 빈혈 및 기타 건강 문제를 경험할 가능성이 높습니다. 이는 임신한 여성과 그 아기에게 모두 영향을 미칠 수 있습니다.
- 해당 여성은 또한 출생 시 체중이 낮은 아기를 출산할 가능성이 두 배로 높습니다.
- 일반적으로 자신의 파트너를 때리는 남성의 대부분은 자신의 자녀도 때립니다. 일부는 자신의 자녀를 성적으로 학대하기도 합니다.
- 아버지가 어머니를 때리는 가정에서 자란 아이들은 건강 문제, 수면 문제, 분노, 죄책감, 두려움 및 불안감에 시달릴 수 있습니다.
- 매년 미국 내에서는 1,000명 이상의 어린이가 자신의 부모, 대리인 또는 다른 이들이 입힌 부상으로 인해 사망합니다.

귀하와 귀하의 아기는 이런 취급을 당하지 않아도 됩니다.
귀하는 안전하게 살아갈 자격이 있습니다.
도움을 받으실 수 있습니다.

어떤 유형의 도움이 필요하십니까?
아래 나열된 서비스들은 대부분의 커뮤니티에서 제공되고 있습니다. 귀하가 이야기하는 모든 것은 비밀로 유지됩니다.

- 상담 전화: 상담사가 전화로 귀하와 이야기를 나누거나, 정보를 주거나, 여러분의 이야기를 들어 드립니다. 이 상담사는 귀하가 더 많은 도움을 원하는 경우 근처에 전화할 수 있는 곳이나 갈 수 있는 곳을 알려드릴 수도 있습니다. 상담 전화번호는 아래 나열되어 있습니다.
- 협력 단체: 귀하가 겪은 것을 똑같이 겪은 다른 여성들과 이야기를 나눌 수 있습니다. 이러한 공간은 여러분을 덜 혼자라고 느끼게 도울 수 있으며, 귀하는 그 안에서 안전에 대한 아이디어와 정보를 공유할 수 있습니다.
- 어린이를 위한 서비스: 여러 프로그램들은 아이들이 무슨 일이 일어나고 있는지를 이해할 수 있게 돕는 지원 서비스와 상담을 제공합니다. 이러한 서비스는 아이들이 자신의 감정을 이야기할 수 있는 좋은 기회입니다.
- 지지/변호 및 기타 후원 서비스: 누군가가 귀하를 "시스템" 안에서 돕고 이끌어 줄 수 있습니다. 이 누군가는 가정 폭력 변호인입니다. 지지/변호 서비스는 주로 법적 자문, 상담, 건강 관리, 주거지, 직장 및 사회 복지 서비스를 찾는 데 도움을 주는 것을 포함합니다.
- 경찰 및 법원: 경찰은 여러분과 귀하의 아이가 긴급 상황에서 안전한 곳으로 이동할 수 있게 돕는 등 여러 가지 방법으로 도움이 될 수 있습니다. 가정 법원 및 형사 법원은 보호 지시를 내리거나 양육권, 방문권 또는 양육 지원에 대한 결정을 내리는 방식으로 도움을 줄 수 있습니다.
- 보호소: 대부분의 카운티에는 귀하와 귀하의 아이들이 지낼 수 있는 보호소나 쉼터가 있습니다. 이러한 보호소는 위에 나열된 많은 서비스를 받을 수 있도록 여러분을 도울 수 있습니다.

세상에 학대를 받기를 원하는 사람은 없습니다. 또 그 누구도 두려움에 떨며 살아가지 않아도 됩니다. 귀하는 귀하의 자녀를 위해서 아이들과 자신을 안전하게 지켜야 합니다.

귀하는 혼자가 아닙니다.
도움을 받으실 수 있습니다.

뉴욕 주 상담 전화

Domestic & Sexual Violence Hotline
(가정 폭력 & 성 폭력 상담 전화) : 1-800-942-6906
비밀 전화 연중무휴 24시간 제공 영어 & 스페인어, 다중 언어 사용 가능.
청각 장애인의 경우: **711**

뉴욕시 내: **311** 또는 **1-800-621-HOPE (4673)**

TDD: **1-866-604-5350**

NYS 내 추가 자원 또는 전국적 (청소년, 군대, 성소수자) 자원:
Office for the Prevention of Domestic Violence
(가정 폭력 방지 사무소):
http://www.opdv.ny.gov/
Rape Crisis and Sexual Violence Prevention Program**(강간 위협 및 성폭력 방지 프로그램):**
https://www.health.ny.gov/prevention/sexual_violence/resources.htm

Office of Children & Family Services
(어린이 & 가족 서비스 사무소) 아동 학대 보고: **1-800-342-3720**

National Committee to Prevent Child Abuse (전국 아동 학대 방지 위원회): 1-800-342-7472 방지 정보 및 부모 도움 전화

공중보건법 2803-p 가정 폭력에 대한 정보 공개

가정 폭력: 피해자의 권리 통지

피해자의 권리 통지는 가정 폭력 피해자에게 본인의 법적 권리 및 법적으로 이용 가능한 도움을 알리고자 만들어졌습니다. 본인이 가정 폭력 피해자인 경우, 귀하에게 사회 복지사나 여러분을 도울 수 있는 사람과 비밀리에 이야기할 수 있도록 요청할 것을 권장해 드립니다. 이때 동행인의 눈과 귀를 피해서 사적으로 여러분과 인터뷰를 진행하도록 해야 합니다. 병원 직원이 여러분과 동행한 파트너나 가족 일원의 앞에서 여러분에게 여러분이 가정 폭력의 피해자인지를 묻는 경우, 여러분의 환자로서의 권리는 침해받게 됩니다.

귀하가 가정 폭력의 피해자라면:

경찰은 다음과 같은 사항에서 귀하를 도울 수 있습니다.

- 폭력에서 벗어나 안전한 공간으로 이동할 수 있게 도움.
- 법원이 귀하를 어떻게 폭력에서 보호할 수 있는지에 대한 정보를 받을 수 있게 도움.
- 귀하나 아이들이 입었을 수 있는 부상에 대한 의료적 치료를 받을 수 있게 도움.
- 귀하와 아이들에게 필요한 물건을 집에서 가져다 줌.
- 폭력에 대한 경찰 보고서 사본을 획득함. 또는,
- 형사 법원에서 고소/불만을 접수하고, 지역 내 형사 및 가정 법원의 위치를 알려 줌.

법정은 다음과 같이 도울 수 있습니다,

- 귀하는 본인의 사건을 형사 법원, 가정 법원, 또는 둘 다에서 해결할 수 있는 권리가 있습니다.
- 귀하에게 필요한 양식은 가정 법원과 형사 법원에서 얻으실 수 있습니다.
- 이때 법원은 귀하의 아이들 및 해당 사항이 필요한 증인들을 위한 임시 보호 명령을 제공할 수 있습니다.
- 가정 법원은 귀하가 변호사를 부담할 수 없는 경우 법원 내 변호사를 선임해 드릴 수 있습니다.
- 가정 법원은 귀하의 아이들에 대한 임시 자녀 양육비와 임시 양육권을 지시할 수 있습니다.

뉴욕 법률은 다음과 같이 주장합니다:
"가정 폭력의 피해자는 경찰관이 본인과 아이들의 안전에 도움을 줄 것을 요청할 수 있으며, 이는 임시 보호 명령을 획득하는 방법에 대한 정보를 제공하는 것을 포함한다. 또한, 경찰관이 본인의 필수 개인 물품을 확보하는 데 동행할 것을 요청할 수 있으며, 해당 경찰관의 관할 내에서 본인과 아이들이 지낼 수 있는 안전한 거처를 찾고, 해당 장소에 이동하거나, 해당 장소에 머무를 수 있도록 하는 준비를 하는 데 도움을 줄 것을 요청할 수 있다. 이러한 장소는 가정 폭력 프로그램, 가족의 거주지나 친구의 거주지, 또는 비슷한 다른 안전한 장소를 포함하나 그에 국한되지는 않는다. 해당 경찰관의 관할이 카운티 하나 이상인 경우, 경찰관에게 본인과 아이들을 사건이 일어난 카운티 내의 안전한 거처로 데려가 줄 것을 요청하거나, 그러한 거처로 이동할 수 있도록 도움을 줄 것을 요청할 수 있다. 피해자는 또한 본인과 아이들이 의료적 치료를 필요로 하는 경우, 경찰관이 그러한 의료적 치료를 받을 수 있게 도와줄 것을 요청할 수 있는 권리가 있다. 피해자는 법률 기관으로부터 무료로 모든 사건 보고서 사본을 요청할 수 있다."

"피해자는 또한 본인이 원하는 변호사를 찾을 권리가 있으며, 가정 법원에서 사건을 해결하고자 하며 변호사를 선임할 능력이 되지 않는 경우 무료로 본인을 대표할 변호사를 지정받을 수 있다. 피해자는 지방 검사나 법 집행관에게 형사 소송을 제기할 수 있도록 도움을 요청할 수 있다. 피해자는 또한 자신에게 가정 내 범죄가 행해진 경우 가정 법원 내에서 탄원서를 제출할 수 있는 권리가 있다. 피해자는 본인의 탄원서를 제출하고 법정에 출두하는 당일날 보호 명령을 요청할 수 있는 권리가 있으며, 이러한 요청은 법원이 개정하는 당일날이나 그 다음날에 심리를 받아야 한다. 법원 중 하나는 여러 가지 규정 중 응답자/피항소인이나 피고가 피해자과 그 아이들에게 접근하지

않도록 하는 명령을 포함할 수 있는, 가정 내 범죄를 포함하는 행위에 대한 보호 명령을 내릴 수 있다. 가정 법원은 또한, 피해자의 아이들에 대한 임시 자녀 양육비 지급과 임시 양육권을 지시할 수 있다. 가정 법원이 개정 중이 아닐 경우 피해자는 보호 명령을 획득하는 데 있어 형사 법원의 즉각적 지원을 요청할 수 있다. 보호 명령을 위해 필요한 양식은 가정 법원과 지역 형사 법원에서 획득할 수 있다. 본 커뮤니티 내 가정 폭력, 부상 치료 및 안전 거처와 보호소에 관한 정보를 얻을 수 있는 자원은 다음 800으로 시작하는 번호로 전화해 얻을 수 있다. 알고도 일부러 거짓 주장을 포함하여 형사 소송이나 가정 법원 탄원서를 제출하는 것은 범죄이다."

지금 바로 도움을 받으세요
안전해지세요
계속해서 안전한 환경에서 지내세요

전화:
1-800-942-6906
(영어 및 스페인어)
(24시간)

또는 지역 가정 폭력 프로그램에 전화하십시오

부모의 권리 장전

귀하는 해당 병원에서 의료 관리를 받는 소아 환자의 부모, 법적 보호자 또는 의사 결정 권한을 가진 해당인으로서 법규에 부합하는 다음의 권리를 보유합니다.

1) 알고 있는 경우, 병원에 자녀의 1차 의료 제공자의 이름을 알리며, 자녀의 의료 기록에 해당 정보를 문서로 기록되게 할 권리

2) 병원이 자격을 갖춘 직원, 소아 환자의 고유한 요구 사항에 필요한 공간 및 규격에 적절한 장비를 제공할 수 있는 병원의 역량에 부합하는 범위로 소아 환자를 입원시키는지 확인할 권리

3) 자녀의 건강과 안전 요구 사항을 고려해 가능한 범위로 최소 한 명의 부모나 보호자를 항상 자녀와 함께 있도록 허용할 권리

4) 자녀의 입원 또는 응급실 방문 동안 완료된 모든 검사 결과를 자녀의 현재 상태를 알고 있는 의사, 의사 보조, 임상 간호사가 검토하도록 할 권리

5) 임계 값의 결과를 타당하게 산출할 것으로 예상되는 모든 검사를 의사, 의사 보조 및/또는 임상 간호사가 검토하며, 해당되는 경우 귀하 또는 다른 의사 결정자 및 자녀에게 전달한 후 자녀가 병원이나 응급실에서 퇴원할 권리. 임계 값 결과는 생명을 위협하거나 즉각적인 의료 치료가 필요한 심각한 상태를 암시하는 결과입니다.

6) 해당되는 경우 귀하 또는 귀하의 자녀가 서면 퇴원 계획을 받고 또한 귀하와 귀하의 자녀 또는 다른 의료 의사 결정자에게 구두로 전달된 후 자녀가 병원이나 응급실에서 퇴원할 권리. 서면에 의한 퇴원 계획은 구체적으로 실험실 또는 자녀의 입원 기간에 지시된 다른 진단 검사의 모든 임계 결과를 확인하고 아직 종료되지 않은 모든 다른 검사 항목을 확인해 줍니다.

7) 귀하, 귀하의 자녀(해당되는 경우) 또는 다른 의료 의사 결정자가 적절한 의료 결정을 내리기 위해 제공된 건강 정보를 합당하게 이해하는 방식으로 자녀에 대한 임계 값 결과 및 퇴원 계획을 제공받을 권리

8) 알고 있는 경우, 자녀의 1차 의료 제공자가 해당 입원 또는 응급실 방문의 모든 실험 결과를 제공받을 권리

9) 해당 치료 기간 및 발병할 수 있는 합병증 동안 고려된 진단 또는 진단 가능성에 대한 정보 및 자녀의 1차 의료 제공자가 접촉한 정보를 요청할 권리

10) 병원이나 응급실에서 자녀의 퇴원 시 합병증이나 자녀의 상태에 관해 생기는 문의 사항이 있는 경우, 조언을 요청할 수 있는 전화번호를 제공받을 권리

Public Health Law (PHL) 2803(i)(g) Patients' Rights 10NYCRR, Section 405.7

NEW YORK STATE | Department of Health

질문 또는 의견: hospinfo@health.ny.gov

NEW YORK STATE | Department of Health

팔로우해 주세요:
health.ny.gov
facebook.com/nysdoh
twitter.com/HealthNYGov
youtube.com/nysdoh

- 마케팅 목적으로
- 귀하 정보의 판매 또는 제3자로부터의 지불
- 대부분의 심리요법 공유
- 본 고지에 기술되지 않은 일체의 기타 이유

귀하는 본 병원이 이미 허가에 의존하여 일을 처리한 경우를 제외하고, 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)에게 연락하여 이를 취소(철회)할 수 있습니다.

귀하의 권리

귀하의 건강 정보에 있어서, 귀하는 일정한 권리를 가집니다. 귀하는 다음을 할 수 있습니다:

- 청구 기록을 포함하여, 의료 기록의 전자 사본이나 종이 사본을 검토하거나 받으실 수 있습니다. 귀하의 기록에 대해 합리적인 비용 기반 요금을 부과 받으실 수 있습니다. 늦어질 경우 알려드립니다. 또한 귀하는 본 병원의 보안 환자 포털인, NYU Langone Health MyChart (https://mychart.nyulmc.org/)를 통해 직접 건강 정보에 접근할 수 있습니다.
- 기밀 통신문을 요청하실 수 있습니다. 본 병원에 특정 방법(예: 휴대폰)으로, 귀하에게 연락해 달라고 요청할 수 있습니다. 모든 합리적인 요청에 "예"로 답변할 것입니다.
- 귀하의 치료, 지불, 그리고 의료 서비스 운영을 위해 본 병원이 사용 또는 공유하는 것을 제한하도록 요청할 수 있습니다. 귀하의 요청에 동의할 의무는 없지만, 요청을 검토할 것입니다. 귀하가 서비스에 대해 전액을 개인 부담하면서, 보험회사와 그 정보를 공유하지 말 것을 요청하실 경우, 그 정보를 공유할 것을 법률이 요구하지 않는 한 동의할 것입니다.
- 의료 기록이 부정확하거나 완전하지 않을 경우 이를 정정할 것을 요청할 수 있습니다. 귀하의 요청이 "거부"될 수 있으며, 60일 내에 그 사유를 서면으로 알려드릴 것입니다.
- 본 병원이 정보를 공유한 기관들의 목록을 받을 수 있습니다. 본 병원이 귀하의 요청 이전 6년 동안 귀하의 정보를 공유한 시기의 목록(해명) 및 그 이유를 요청할 수 있습니다. 목록에 모든 공개가 포함되는 것은 아니며, 예를 들어 치료, 지불, 또는 의료 서비스 운영을 위해 공개한 정보는 예외입니다. 귀하는 12개월마다 한 번씩 이 목록을 무료로 받을 권리가 있지만, 이 시기 동안 추가 목록을 제공하는 비용을 본 병원이 청구할 수 있습니다.
- 이 개인정보 보호 고지문의 사본을 받을 수 있습니다. 요청만 하시면 귀하가 원하시는 형식(종이 또는 전자)으로 사본을 전달해 드리겠습니다.
- 귀하를 대신할 사람을 선택하실 수 있습니다. 이 "대리인"은 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 건강 정보에 대한 선택을 할 수 있습니다. 일반적으로, 부모 및 미성년자의 후견인이 아동에 대해 이 권리를 갖게 되며, 미성년자가 그들 자신을 대표하여 행동할 수 있도록 법률이 허가한 경우는 제외됩니다.
- 귀하의 권리가 침해되었다고 느끼실 경우 불만 사항을 제기하실 수 있습니다. 귀하는 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer) 또한 미국 보건복지부 장관(Secretary of the United States Department of Health and Human Services)에게 연락하실 수 있습니다. 저희는 귀하의 불만 접수에 대해 보복을 하거나 조치를 취하지 않을 것입니다.
- 전자 의료 기록에 대한 추가적인 개인정보 보호를 요청하실 수 있습니다.

본 병원의 책임

- 본 병원은 법률에 의해 보호를 받는 건강정보에 대한 개인정보를 보호해야 할 의무가 있습니다.
- 본 병원은 귀하의 신원 확인이 가능한 정보에 대한 개인정보 보호나 보안을 침해할 수 있는 위반이 발생할 경우 이를 통지해 드립니다.
- 본 병원은 본 고지문에 기술된 방침을 준수해야 하며 그 사본을 귀하에게 전달해 드려야 합니다.
- 본 병원은 이 고지문의 조건을 변경할 권리가 있으며 변경사항은 귀하에 대해 본 병원이 보유하고 있는 모든 정보에 적용됩니다. 새로운 고지문은 요청 시 이용 가능하며 본 병원의 웹사이트(www.nyulangone.org)에서 보실 수 있습니다.

질문 또는 우려사항

질문이 있으시거나 본 고지에 기술된 권리를 행사하고자 하시면, 아래의 연락처로 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)에게 연락하십시오: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer, 1-877-PHI-LOSS 또는 212-404-4079로 전화하시거나, compliancehelp@nyulangone.org로 이메일을 보내실 수 있습니다.

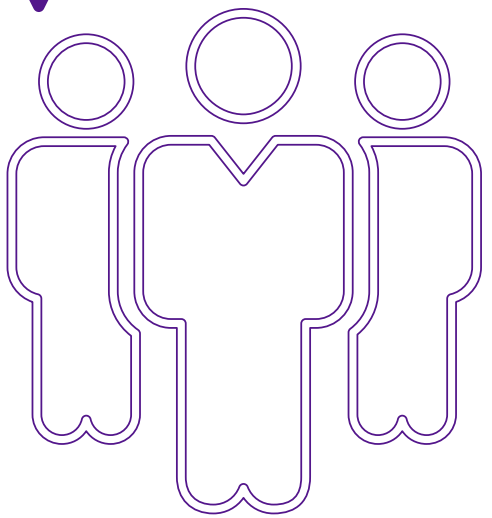
권리를 행사하고자 하는 대부분의 요청은 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)나 해당 의사 진료실 또는 병원 부서에 서면으로 제출해야 합니다. 자세한 정보 또는 요청 양식을 구하기 위해서는 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)에게 연락하시거나 http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy 를 방문하십시오.

본 고지는 2022년 1월 9일 기준으로 발효됩니다.

NYU Langone Health

개인정보 보호 관행

고지



El Aviso sobre prácticas de privacidad también está disponible en español. Para recibir la versión en español de este aviso, solicite una copia en la mesa de registros.

Уведомление о соблюдении конфиденциальности доступно также на русском языке. Для получения копии этого уведомления, пожалуйста, обратитесь в приемное отделение.

私隱守則通知也有中文版本。要獲取該通知的中文版本，請於接待處索取。

דער מעלדונג פון פריוואטקייט פירונגען איז אויך אוועילעבל אין אידיש. צו באקומען די אידישע ווערסיע, פארלאנגט א קאפיע ביים פאציענט רעגיסטראציע טישל.

كما أن إخطار ممارسات الخصوصية متاح باللغة العربية. للحصول على نسخة باللغة العربية، اطلب نسخة من مكتب تسجيل المرضى.

Avi sou pratik konfidansyalite a disponib tou an kreyòl. Pou resevwa vèsyon an kreyòl la, ou ka mande yon kopi nan biwo anrejistreman malad la.

본 고지는 귀하에 대한 의료 정보를 사용, 공개하는 방법 및 귀하가 이 정보에 접근할 수 있는 방법을 설명합니다. 주의 깊게 검토해 주십시오.

저희는 개인정보 보호에 최선을 다하고 있습니다

NYU Langone Health는 개인의 건강정보 보호 및 비밀보장에 최선을 다하고 있습니다. 귀하의 건강정보는 본 고지에 설명된 대로만 사용 또는 공개 (공유)될 것입니다. 귀하는 본 고지를 받았다는 확인서에 대한 서명을 요청받을 것입니다.

본 고지를 준수해야 하는 사람

이는 NYU Langone Health의 모든 직원, 의료진, 연수생, 학생, 자원자, 그리고 대리인이 다음과 같은 장소에서 준수하는 공동 고지문입니다:

- NYU Langone Hospitals (NYU Langone Health Home Care 포함)
- NYU School of Medicine (본 병원의 Faculty Group Practices 포함)
- NYU Langone Health의 Family Health Centers
- Southwest Brooklyn Dental Practice
- Long Island Community Hospital ("LICH")

NYU Langone Hospitals 및 NYU Grossman School of Medicine은 다음 기관과 함께 체계적 보건의료 계약(Organized Health Care Arrangement, "OHCA")에 참여합니다:

- NYU Langone Health의 Family Health Centers;
- Southwest Brooklyn Dental Practice; 및
- Long Island Community Hospital ("LICH")

OHCA에 참여하는 기관들은 이 계약과 관련된 치료, 지불, 그리고 건강 관리 운영을 수행하기 위해 서로 간에 귀하의 정보를 사용하고 공유할 수 있습니다.

NYU Langone Health의 의료 서비스 전문가가 기타 장소 (예: Manhattan VA Medical Center 또는 Bellevue Hospital Center)에서 치료 또는 서비스를 제공한다면, 거기에서 받으시는 개인정보 보호 관행 고지(Notice of Privacy Practices)가 적용될 것입니다.

귀하 정보의 사용 및 공유

고지의 이 부분에서는 귀하의 정보를 사용하고 공유하는 다양한 방법들을 설명합니다. 본 병원은 이 목적을 위해 전화로 주로 연락을 하겠지만, 귀하의 이메일 주소를 알려주시거나 문자 메시지를 보내도 좋다는 허락을 하신 경우, 그러한 방법으로 연락할 수도 있습니다. 문자 메시지 및 이메일을 통한 소통은 안전하지 않고 암호화되지 않을 수 있으며, 휴대폰 번호 또는 이메일 주소를 제공함으로써 귀하는 NYU Langone Health에서 이러한 방식으로 귀하와 소통할 수 있는 권한을 부여하는 것입니다.

귀하의 정보는 주로 치료, 지불, 그리고 의료 서비스 운영 목적으로 사용 및 공유합니다. 이는 귀하의 건강정보를 다음과 같이 사용 및 공유한다는 것을 의미합니다:

- 귀하를 치료하는 다른 의료 서비스 제공자 또는 처방약을 조제하는 약사와 사용 및 공유합니다;
- 의료 서비스 비용을 부과하거나 또는 치료를 위한 사전 승인을 받기 위해 귀하의 의료보험사와 사용 및 공유합니다; 그리고
- 본 병원 사업을 운영하고, 귀하의 의료 서비스를 개선하고, 본 병원 전문가를 교육하고, 의료 서비스 제공자의 성과를 평가하기 위해 사용 및 공유합니다.

때때로 본 병원은 사업 운영을 돕는 청구 서비스와 같은, 협력 업체와 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 모든 협력 업체는 본 병원처럼 귀하에 대한 건강정보의 개인정보 보호 및 보안을 유지해야 합니다.

또한 본 병원은 귀하에게 연락하기 위해 귀하의 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다:

- 건강 관련 혜택 또는 서비스에 대해서 연락합니다.
- 향후 예약에 대해 연락합니다.
- 연구 프로젝트에 참여할 의사를 묻기 위해 연락합니다.
- NYU Langone Health를 위한 기금 모금에 대해 연락합니다.

귀하는 기금 모금 통신문의 수신을 거부할 권리가 있습니다. 이렇게 하시려면, NYU Langone Health 개발실(NYU Langone Health Development Office)에 developmentoffice@nyulangone.org로 연락을 하시거나 전화 (212-404-3640) 또는 수신자 부담 전화(1-800-422-4483)로 연락을 하시면 됩니다.

귀하가 참여할 수 있는 연구 프로젝트에 대한 알림을 받고 싶지 않으시면, research-contact-optout@nyulangone.org 또는 1-855-777-7858번으로 연락하실 수 있습니다.

민감한 건강정보를 사용 또는 공유할 경우 특별한 보호 조치가 적용됩니다. 여기에는 HIV 관련 정보, 정신 건강 정보, 알코올 또는 약물 남용 치료 정보, 또는 유전 정보 등이 포함됩니다. 예를 들어, 뉴욕주 법에 따라 기밀로 유지되어야 하는 HIV 관련 정보는 법적으로 허용된 사람, 또는 귀하가 특정 승인 양식에 서명하여 허용한 사람에게만 공개할 수 있습니다. 귀하의 치료가 이 정보와 관련될 경우, 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)에게 연락하여 추가 설명을 들을 수 있습니다.

본 병원은 또 다른 방법으로 귀하의 정보를 공유할 수 있도록 허용하거나, 법률에 의해 그렇게 할 의무가 있습니다. 본 병원은 다음의 이유로 귀하의 정보를 공유할 수 있기 전에 법률에 따라 특정 조건들을 충족시켜야 합니다. 각 조건의 일부 예에는 다음이 포함됩니다:

- 공중 보건 및 안전: 질병, 출생 또는 사망 보고; 의심되는 학대, 방치, 또는 가정폭력 보고; 보건 또는 공공 안전에 중대한 위협 방지; 제품 회수 모니터링; 그리고 안전 및 품질 목적의 정보 보고
- 연구: 임상시험 심사위원회(IRB)에 의해 승인되었고 귀하의 개인정보에 낮은 수준의 위험이 되는 건강 기록 프로젝트 분석; 임상시험 준비; 사망자의 정보만 관련된 연구
- 사법 및 행정 소송: 법원 또는 행정 명령에 대한 대응
- 산재보험 및 기타 정부 요청: 산재보험 청구 지불 또는 심의; 법률에 의해 승인된 활동에 대한 건강 감독 기관; 특별 정부 기능(군대, 국가 안보)
- 법 집행: 혐의자 또는 실종자를 확인하거나 찾기 위한 경찰과의 협력
- 법률 준수: 본 병원이 연방 개인정보 보호 법률을 준수하고 있는지 파악하기 위한 보건복지부 (Department of Health and Human Services)와의 협력
- 재난 구조 상황: 긴급 상황 시 도움이 되기 위해 귀하의 가족, 친구, 그리고 법이 인가하는 기관에 통보하기 위한 목적으로 귀하의 위치 및 일반적 위치 공유
- 장기, 조직, 또는 눈 기증이나 이식을 담당하는 기관을 위한 목적
- 필요에 따라 검시관, 검시 의사, 또는 장의사가 업무를 수행하기 위한 목적
- 허용되는 사용 또는 공개에 부수적인 조건: 예약 시간이 되었을 때 대기실에서 귀하의 이름을 부르는 일, 그리고 이 때 대기실의 다른 사람들이 귀하의 이름을 부르는 것을 들을 수 있습니다. 본 병원은 이들 부수적인 사용 및 공개를 제한하기 위해 합당한 노력을 기울입니다.

다음과 같은 상황에서, 본 병원은 귀하가 반대하지 않거나 구체적으로 허락을 해주실 경우, 귀하의 정보를 사용 또는 공유할 수 있습니다. 어떤 이유에서 저희에게 선호사항을 말씀하실 수 없을 경우, 가령 무의식 상태일 경우, 그것이 귀하에게 최선의 이익이라고 본 병원이 판단되면 본 병원은 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

- 사제 또는 랍비와 같은, 병원 목회 서비스부를 포함한, 환자 명부를 위한 공유.
- 가족, 친구, 또는 귀하의 의료 또는 의료에 대한 지불과 관련이 있는 다른 사람들과의 공유.

다음과 같은 상황에서, 본 병원은 귀하가 서면으로 허락을 하실 경우에만 귀하의 정보를 사용 또는 공유합니다: