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?

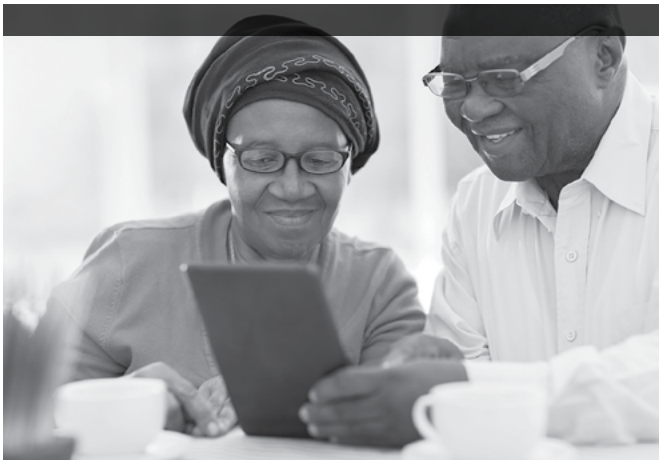
연명 치료의 보류 결정은 해당 치료가 제공되기 전 치료를 거부하는 결정입니다. 연명 치료 철회 결정은 이미 제공되고 있는 치료를 거부하는 결정입니다. 모든 성인 환자는 이러한 조치의 가능한 결과에 관해 충분한 정보를 제공받은(및 이해한) 후 의약 및 치료를 거부할 권리가 있습니다.

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.

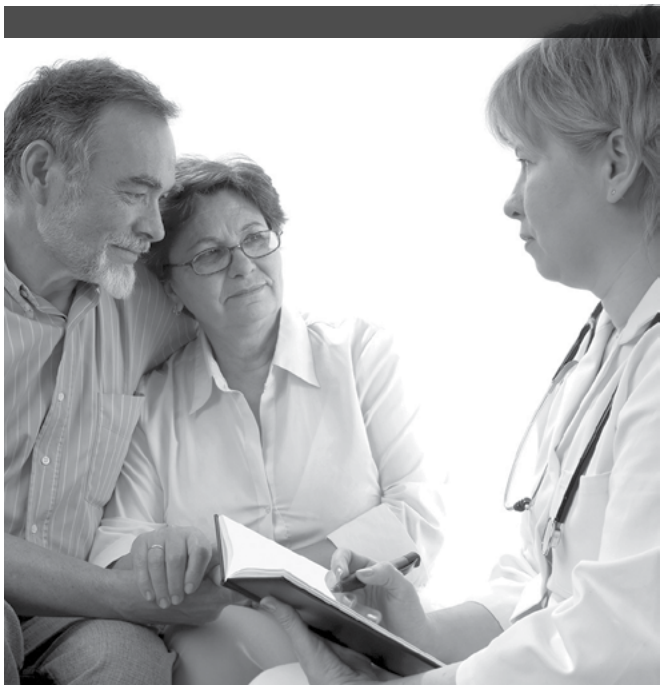
병원 및 요양원 내 법적 보호자 및 특별 대리인을 위한 의사 결정 기준

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.

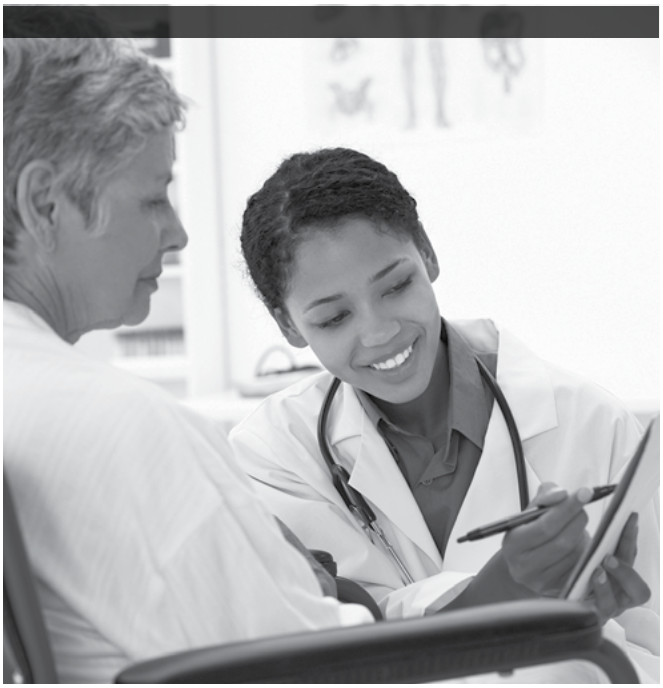
다시 한번, 병원 또는 요양원 직원이 비공식적 방법으로 분쟁을 해결하기 위해 시도할 수 있습니다. 분쟁 해결을 하지 못할 경우 동의하지 않는 사람이 윤리 심의 위원회의

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.

NEW YORK STATE | Department of Health

- 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.

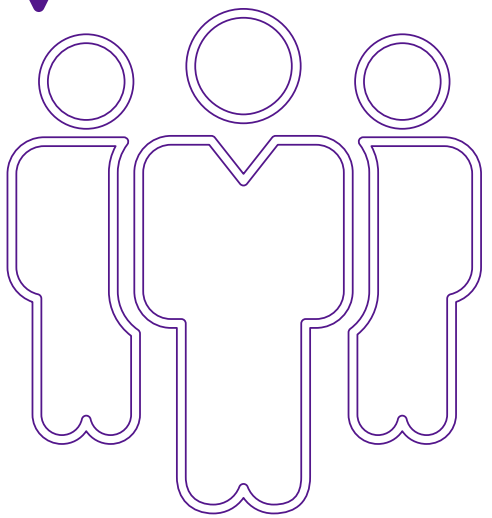
권리를 행사하고자 하는 대부분의 요청은 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)나 해당 의사 진료실 또는 병원 부서에 서면으로 제출해야 합니다. 자세한 정보 또는 요청 양식을 구하기 위해서는 개인정보 보호 담당자(Privacy Officer)에게 연락하시거나 http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy 를 방문하십시오.

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:

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

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)

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