

환자의 권리

뉴욕주
병원 대상



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

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

주 정부 및 연방 정부는 병원 입원 시 New York State에 있는 모든 병원의 환자가 특정 정보와 자료를 받도록 요구합니다. 본 책자는 한 곳에 정보를 수집하여, 각 병원 환자의 권리를 설명하고, 최선의 지원을 얻는 방법에 관해 환자를 위한 조언을 수록하고 있습니다.

본 책자는 두 부분으로 구성됩니다.

- 본 책자의 첫 번째 섹션은 New York State에 있는 각 병원 환자의 권리를 설명합니다. 또한 병원 내 상용어를 이해하는 데 도움이 되는 용어집을 수록하고 있습니다.
- 두 번째 섹션은 법률에 따라 New York State에 있는 병원에 입원한 동안 병원에서 각 환자에게 제공해야 하는 문서를 제공합니다.

목차

귀하의 권리 소개	2
귀하의 특별 요구 사항 소개.....	2
병원 치료에 관한 우려 사항/문제/불만	3
조기 퇴원을 요청받은 것으로 판단할 경우.....	4
다음에 관해 불만을 제기할 권리	
의사 또는 의사 보조.....	5
기타 보건 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
귀하의 권리에 관한 중요 메시지 병원 입원 환자 자격(Medicare 비보장 환자용).....	14
Medicare 보장 환자를 위한 입원 통지.....	16
Medicare에서 전하는 중요 메시지	17
의료 관리 결정 환자 및 가족을 위한 안내	19
소개.....	19
정보에 근거한 의사 결정을 내릴 수 있는 성인 환자.....	19
사전 의사 결정서/의료 관리 위임장	19
병원 및 요양원 내 의료 관리 의사 결정.....	21
병원 및 요양원 내 연명 치료의 보류 또는 철회 결정.....	22
법적 보호자 및 특별 대리인을 위한 의사 결정 기준.....	23
병원 및 요양원 내 분쟁 해결.....	24
병원 또는 요양원 밖 심폐 소생술 금지(Do Not Resuscitate, DNR) 지시.....	26
의료 관리 위임.....	26
New York State Department of Health에서 보내는 서신 (SPARCS 데이터 수집 시스템)	34
임산부 정보.....	35
가정 폭력: 출산 전 및 임산부 환자를 위한 통지.....	36
가정 폭력: 피해자의 권리 통지.....	38

귀하의 권리 소개

귀하는 New York State 병원 내 환자로서 주법 및 연방법과 규정이 보장하는 특정 권리와 보호를 보유하고 있습니다. 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 특별하고 입원 상태가 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 연락을 합니다.
- 외국어 및 수화 통역가를 구합니다.
- 대개 귀하의 병원 생활을 더욱 쉽게 합니다.

귀하의 특별 요구 사항 소개

각 병원은 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 통역가를 제공해야 합니다. 필요하다고 생각되는 경우 귀하는 중요한 병원 양식, 지침 및 정보에 관한 번역 및/또는 사본을 받아야 합니다.

그러나 귀하가 이야기하고 문의해야 합니다.

병원 입원 전 환자 담당자에게 문의해 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

문의 사항 또는 의견 전달: hospinfo@health.ny.gov

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 요청받은 것으로 판단할 경우
- 퇴원 후 귀하가 필요할 수 있는 의료 치료 및 기타 서비스에 대한 적당한 또는 적절한 계획이 제공되지 않았다고 생각하는 경우, 또는
- 필요한 서비스가 마련되지 않은 경우

법률에 따르면 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) 건강관리 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 전화번호로 New York State Department of Health에 문의할 수 있습니다. **1-800-206-8125**.

Public Health Law 4408(공중 보건법 4408), Disclosure of Information(정보 공개)를 개정한 Managed Care Law of 1996(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 전문의료 행위부(Office of Professional Medical Conduct, 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
Riverview Center
150 Broadway
Albany, NY 12204-2719**

자세한 정보 또는 이의제기 신청서를 얻으려면 **1-800-663-6114** 번으로 전화 주시거나 Department of Health 웹사이트 www.health.ny.gov를 방문하시기 바랍니다.

신고는 기밀이 보장됩니다. 조사는 Board for Professional Medical Conduct(전문 의료 행위 위원회) 위원 앞에서 공식 심리로 이어질 수 있습니다. 위원회는 보건부 국장(Commissioner of Health)이 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, 아래에 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 청구서는 "추가 요금"인 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 New York State 소재 총 병원 청구서상의 추가 지급액을 나타내며, 귀하의 보험 계약에 따라 New York State 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 관련하여 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 환자이며 병원 청구서에 문의 사항이 있는 경우 Medicare에 다음 번호로 전화하십시오.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

관리형 건강 보험 환자용

관리형 건강 보험에 가입하고 치료를 받는데 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

의료 기록 이용

New York State 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. New York State 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, 1-800-804-5447 번으로 전화해 Department of Health에 이의를 제기할 수 있습니다.

조회가 거부된 경우 New York State Department of Health의 Medical Records Access Review Committee(의료 기록 이용 심사 위원회)에 이의를 제기할 수 있습니다. 해당 병원/의사는 해당 이의제기 절차에 관한 거부 및 정보에 대한 이유(들)를 설명하는 양식(DOH-1989)을 제출해야 합니다.

용어집

Livanta —

이는 New York State에서 Medicare 환자에게 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 1-866-815-5440 번으로 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.

Island Peer Review Organization(IPRO)은 뉴욕 주 보건부(New York State Department of Health)와 협력해 Medicaid 유자격자에게 제공하는 병원 치료 평가를 수행합니다. 이 기구는 Medicaid 환자가 너무 일찍 병원에서 퇴원했다고 생각되는 경우 연락해야 하는 기관입니다. 무료 전화 1-800-648-4776 또는 1-516-326-6131번으로 문의하시기 바랍니다.

Medicaid

(Social Security Act(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.

Medicare

(Social Security Act XVIII편) —

Medicare는 65세 이상 또는 장애인을 위한 의료 서비스 비용의 일부를 부담하는

연방 정부가 관리하는 연방 정부 프로그램입니다. 자격 기준은 오직 나이 또는 장애입니다.

건강 관리 위임장 —

New York State 법에는 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 대리인(Health Care Agent)으로 지정할 수 있는 법률이 있습니다. 또한 해당 양식을 사용해 귀하가 사망할 경우 장기 기증에 관한 귀하의 의사를 표시할 수 있습니다(23페이지 참조).

관리 치료 —

관리 치료는 개인의(또는 가족의) 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 서비스 이용은 해당 보험 및/또는 1차 의료 제공자가 맡게 됩니다. 따라서 귀하는 귀하의 보험 규정과 혜택에 따라 병원 서비스를 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.

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 의 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.

사전 의사 결정서 (Advance Directive) —
 사전 의사 결정서는 정상적인 생활이 불가능한 질병이나 상해 전에 귀하가 내리는 구두 또는 서면 지시 사항입니다(18페이지 참조). 사전 의사 결정서는 귀하가 너무 아프거나 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 유언**에 기록된 **DNR 지시** 동의서인 **건강 관리 위임장**

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. New York State 법에 따라 두 명의 입회인이 있는 경우 모든 성인 환자는 DNR 지시를 구두 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 또한 Health Care Proxy Law(건강 관리 위임법)는 귀하가 DNR 및 기타 치료 결정을 내릴 수 없게 되는 경우 이에 관한 결정을 내릴 수 있는 사람을 지정할 수 있게 합니다.

심폐소생술(Cardiopulmonary Resuscitation, CPR) —

CPR은 호흡이나 순환이 정지할 때 환자의 심장과 폐를 다시 회복하게 하는 데 사용되는 의료 절차입니다(20페이지 참조).

의료 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 전문가가는 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 인종 기원으로 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
- 과도한 검사 또는 치료를 지시한 경우
- 환자를 착취하는 방식으로 서비스, 제품, 기기 또는 약품 판매를 조장한 경우
- 즉각적인 전문 치료 하에 있고 이러한 치료가 필요한 환자를 포기 또는 방만한 경우

존엄사 유언(Living Will) —

존엄사 유언은 다양한 의료 치료 및 특정 질환에 관해 사전에 귀하의 구체적인 지시와 선택을 명시하는 서면 문서입니다. 존엄사 유언은 귀하가 중증으로 의사를 전달할 수 없는 경우, 귀하의 의사 증거(그러한 의사가 명확하고 설득력 있는 방식으로 표현되는 경우)로 인정될 수 있습니다.

진단명군(Diagnosis Related Groups, DRG) —

DRG 시스템은 사람이 병원에 입원하는 전 범위의 사유를 대략 600개 군의 카테고리 분류하여 보험사가 병원에 지급할 금액을 결정합니다. DRG 시스템은 동일하거나 유사한 상태로 진단받고 동일한 치료가 필요한 동일한 연령 범위의 환자의 평균 치료 비용을 근거로 합니다. 예를 들어, 폐렴 환자와 고관절 골절 환자의 지급액에 차이가 있습니다. 이는 병원의 비용, 지역 비용, 인플레이션과 환자의 요구 사항을 고려합니다. New York State Department of Health는 각 병원 내 각 DRG에 대한 Medicaid 및 산재 보상/무과실 지급률을 개발했습니다. 이는 **환자의 병원 입원 일수를 제한하지 않습니다**. 입원 기간은 전적으로 환자의 건강 상태에 달려 있습니다. (참고: 일부 특수 병동 및 시설은 DRG를 사용하지 않음.)

퇴원 계획 —

New York State 병원의 모든 환자(Medicare 환자 포함)은 병원을 떠나기 전에 **서면 퇴원 계획서**를 받아야 합니다. 이 계획서에서는 퇴원 후 귀하가 필요할 수 있는 모든 건강 관리 서비스에 대한 준비를 명시해야 합니다. **병원을 떠나기 전에 해당 계획에 명시된 필요한 서비스가 확보되어야 하며 또는 합리적으로 이용할 수 있어야 합니다.**

퇴원 계획 수립 —

퇴원 계획 수립은 병원 직원이 귀하와 귀하의 가족 또는 귀하의 대리인과 협력해 퇴원 후 귀하의 건강 관리 방법에 대해 준비하고 준비하는 과정입니다. 이 관리는 자가 관리, 가족 구성원의 관리, 가정 건강 지원 또는 다른 건강 관리 시설 입

원이 될 수 있습니다. 퇴원 계획 수립은 병원을 떠날 때 귀하의 요구 사항이 무엇이 될지를 평가 및 파악하고 퇴원 시 그러한 요구 사항을 충족하기 위한 적절한 치료 계획 수립이 포함됩니다. **병원을 떠나기 전에 계획서를 서면으로 받아야 합니다.** 퇴원 계획 수립은 일반적으로 환자, 가족 또는 귀하가 귀하를 대리하도록 지정한 사람, 의사 및 병원 직원을 포함합니다. 일부 병원은 "퇴원 계획 수립 담당자"인 직원이 있습니다. 다른 병원에서는 간호사 또는 사회 복지사가 퇴원 계획 수립을 지원할 수 있습니다.

퇴원 통지 —

New York State 병원 퇴원 통지는 퇴원 날짜 및 퇴원 통지에 동의하지 않는 경우 이의를 제기하는 방법에 관한 정보를 포함해야 합니다. 퇴원 통지는 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 "Medicare가 전하는 중요한 메시지"를 요청해야 합니다.** 요청이 있을 경우 해당 통지를 제공해야 합니다. 해당 통지를 제공한 후 및 Medicare 환자가 통지에 동의하지 않을 경우 이의 제기가 처리될 수 있습니다.

품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO) —

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

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.

활용 평가(Utilization Review) —

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 New York State에 있는 병원의 입원 환자로서 받아야 하는 각 문서를 소개합니다.

환자의 권리

환자의 권리 장전	13
입원 환자로서 귀하의 권리에 관한 중요 메시지(Medicare 비보장 환자용)	14
Medicare 환자를 위한 입원 통지.....	16
Medicare에서 전하는 중요 메시지	17
건강 관리에 대한 결정 환자 및 가족을 위한 안내	19
건강 관리 대리인 임명—New York State’s Proxy Law	26
건강 관리 위임장 양식.....	32

데이터 수집

New York State Department of Health에서 보내는 서신 (SPARCS 데이터 수집 시스템 설명).....	34
---	----

임산부 환자인 경우 사전 예약 시 받아야 하는 정보

임산부 정보.....	35
-------------	----

가정 폭력

출산 전 및 임산부 환자를 위한 통지	36
피해자의 권리 통지	38

부모의 권리 장전.....	40
----------------	----

퇴원 전 받아야 하는 정보

- 모든 환자는 서면 퇴원 계획을 받아야 합니다.
- **Medicare** 환자는 "Medicare가 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 **New York State** 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, 지불금의 출처 또는 연령에 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) 금연층 병실
- (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 검토할 권리. 병원에서 적절한 수수료를 부과할 수 있는 의료 기록 사본을 얻을 권리. 지급 여력이 없다는 이유만으로 사본 발급을 거부당할 수 없습니다.
- (16) 모든 비용의 항목별 청구서 및 설명을 받을 권리
- (17) 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.
- (18) 귀하가 방문객을 받을 수 있는 경우 우선권이 주어질 가족 및 다른 성인에게 방문 권한을 부여할 권리
- (19) 장기 기증에 관한 귀하의 의사를 알리게 할 권리. 귀하는 귀하의 건강 관리 위임장 또는 병원에서 구할 수 있는 기증자 카드에 귀하의 의사를 기록할 수 있습니다.

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 귀하의 DRG 카테고리 또는 보험이 아닌 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 통지서 및 서면 퇴원 계획을 받아야 합니다. 귀하 및/또는 귀하의 대리인은 귀하의 퇴원 계획 수립에 관여할 권리가 있습니다.

귀하는 서면 퇴원 계획 또는 병원으로부터 받는 통지에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

조기 퇴원을 요청받은 것으로 판단할 경우

귀하는 병원에서 귀하에게 제공해야 하는 서면 퇴원 통지를 받았습니다. 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 이의제기를 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 서면 퇴원 계획에 필요한 서비스가 확보되거나 이를 합리적으로 이용할 수 있도록 병원에서 결정해야 퇴원할 수도 있습니다. 귀하는 또한 해당 퇴원 계획에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

환자의 권리*

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

지원/도움 요청

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

*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 서명 및 서명된 문서의 사본을 받을 기회를 받아야 합니다.

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

Medicare 환자를 위한 입원 통지

귀하는 **New York State** 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 받습니다.

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

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

Medicare에서 전하는 중요 메시지 귀하의 권리 소개

환자 이름:
환자 ID 번호:
의사:

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES(보건복지부)
Medicare & Medicaid 서비스 센터
OMB 승인 번호 0938-0692

MEDICARE에서 전하는 중요 메시지 귀하의 권리 소개

귀하는 병원 입원환자로서 다음의 권리를 보유합니다.

- Medicare 보장 서비스를 받습니다. 이는 의학적으로 필요한 병원 서비스 및 의사가 지시한 경우 귀하의 퇴원 후 필요할 수 있는 서비스가 포함됩니다. 귀하는 이 서비스, 비용을 지불하는 사람, 서비스를 받을 수 있는 장소를 알 권리가 있습니다.
- 귀하의 입원에 관한 모든 결정에 참여하고 누가 비용을 지불하는지 파악하십시오.
- 귀하가 받은 치료의 품질에 대한 문제를 여기 열거된 품질 개선 기구(QIO)에 보고하십시오.

QIO 이름

Livanta

QIO 전화번호

1-800-815-5440

귀하의 Medicare 퇴원 권리

퇴원 계획: 귀하가 입원해 있는 동안 병원 담당자는 귀하와 협력하여 귀하의 안전한 퇴원을 준비하고 퇴원 후 귀하가 필요할 수 있는 서비스를 마련합니다. 귀하가 더 이상 입원 환자 병원 치료가 필요 없는 경우 주치의나 병원 담당자가 귀하에게 퇴원 예정일을 알려 줍니다.

조기 퇴원으로 판단되는 경우:

- 귀하의 우려 사항에 관해 병원 담당자, 주치의 및 담당 관리형 케어 플랜(소속된 경우)에 이야기할 수 있습니다.
- 귀하는 또한 품질 개선 기구(QIO)에 이의 제기 즉, 귀하의 케이스를 심사할 권리가 있습니다. QIO는 Medicare가 고용한 외부 심사기관으로 귀하의 케이스를 검토해 귀하의 퇴원 준비 여부를 결정합니다.
 - 이의 제기를 원하는 경우 귀하는 퇴원 예정일까지 및 퇴원 전에 QIO에 연락해야 합니다.
 - 이 경우 귀하는 이의 제기 기간 동안 귀하가 받는 서비스에 대한 비용(공동 부담금 및 공제금 등의 비용 제외)을 납부할 필요가 없습니다.
- 이의 제기를 하지 않지만 퇴원 예정일을 지나 병원에 입원하기로 결정한 경우 귀하는 퇴원 예정일 이후에 받는 모든 서비스에 대한 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.
- QIO에 문의 및 이의 제기를 위한 단계별 지침은 2페이지에 나와 있습니다.

본 통지서에 관해 병원 담당자와 이야기하려면 _____ 번으로 전화해 주시기 바랍니다.

귀하가 본 통지서를 받았고 귀하의 권리를 이해하였음을 확인하기 위해 여기에 서명 및 날짜를 기재하시기 바랍니다.

환자 또는 대리인 서명

날짜/시간

퇴원 이의 제기 단계

- **1단계:** 귀하는 퇴원 예정일까지 및 퇴원 전에 품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)에 연락해야 합니다. 이 경우 귀하는 이의 제기 기간 동안 귀하가 받는 서비스에 대한 비용(공동 부담금 및 공제금 등의 비용 제외)을 납부할 필요가 없습니다.

- QIO 연락처 정보는 다음과 같습니다.

QIO 이름(볼드체) **Livanta**

QIO 전화번호 **1-800-815-5440**

- 주중 언제든지 이의 제기에 관한 요청을 제기할 수 있습니다. **담당자에게 이야기하거나 메시지를 남기면 이의 제기가 시작됩니다.**
- QIO 연락에 도움이 필요하면 병원에 문의하십시오.
- 병원 이름:

병원 이름

의료제공자 ID 번호

- **2단계:** 귀하는 병원, 담당 Medicare Advantage 또는 다른 Medicare 관리형 케어 플랜(소속된 경우)으로부터 귀하가 퇴원할 준비가 되었다고 판단하는 경우, 사유를 설명하는 자세한 통지를 받게 됩니다.
- **3단계:** QIO는 귀하의 의견을 묻습니다. 귀하 또는 귀하의 대리인은 요청받는 경우, QIO와 이야기할 수 있어야 합니다. 귀하 또는 귀하의 대리인은 QIO에 서면 진술서를 제공할 수 있지만 의무 사항은 아닙니다.
- **4단계:** QIO는 귀하의 의료 기록과 케이스에 대한 다른 중요한 정보를 검토합니다.
- **5단계:** QIO는 모든 필요한 정보를 받은 **후 1일** 내에 귀하에게 결정을 통지합니다.
 - QIO에서 귀하가 퇴원할 준비가 되지 않은 것으로 판단하는 경우, Medicare는 귀하의 병원 서비스를 계속 보장합니다.
 - QIO에서 귀하가 퇴원할 준비가 된 것으로 판단하는 경우 Medicare는 QIO가 귀하에게 결정을 통보한 **후** 다음 날 정오까지 귀하의 서비스를 계속 보장합니다.

이의 제기 기한일을 놓친 경우 귀하에게는 다른 이의 제기 권리가 있습니다.

- 귀하는 QIO 또는 담당 플랜(소속된 경우)에 요청해 귀하의 케이스를 계속 심사할 수 있습니다.
 - 기존 Medicare를 보유한 경우: 위에 기재된 QIO에 전화해 주십시오.
 - Medicare Advantage 플랜 또는 다른 Medicare 관리형 케어 플랜 소속인 경우: 담당 플랜에 문의해 주십시오.
- 귀하가 병원에 입원하는 경우, 해당 병원은 퇴원 예정일 이후 귀하가 받는 모든 서비스에 대해 비용을 청구할 수 있습니다.

자세한 정보는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY: 1-877-486-2048.

추가 정보:

1995년 문서감축법안(Paperwork Reduction Act)에 따라 누구도 유효한 관리 및 예산국(Office of Management and Budget, OMB) 관리 번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-0692입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지시 사항 검토, 기존 데이터 자료 검색, 필요한 데이터 수집 및 정보 수집을 완료하고 검토하는 시간을 포함하여 응답 당 평균 15분으로 예상됩니다. 예상 시간(들)의 정확성에 관한 의견 또는 본 양식 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우 다음 수신처로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, 수신자: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

환자 이름:
환자 ID 번호:
의사:

보건복지부(DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES)
Medicare & Medicaid 서비스 센터
OMB 승인 번호 0938-0692

통지서 지침: MEDICARE에서 전하는 중요 메시지

통지서 작성 방법

Medicare에서 전하는 중요 메시지 1페이지

A. 헤더

병원은 “Department of Health & Human Services, Centers for Medicare & Medicaid Services (보건복지부 Medicare & Medicaid 서비스 센터)” 및 OMB 번호를 표시해야 합니다.

다음 빈 칸은 병원이 작성해야 합니다. IM에 있는 빈 공간에 병원이 삽입한 정보는 12포인트 글꼴 또는 이에 상응하는 것으로 타이핑하거나 수기로 읽을 수 있도록 기입될 수 있습니다. 병원은 또한 다음 정보를 포함한 환자 라벨을 사용할 수 있습니다.

환자 이름: 환자의 전체 이름을 기입하십시오.

환자 ID 번호: 이 환자를 식별하는 ID 번호를 기입하십시오. 이 번호는 소셜 시큐리티 번호이거나 소셜 시큐리티 번호를 포함하고 있어서는 안 됩니다.

의사: 환자의 의사 이름을 기입하십시오.

B. 통지서 본문

글 머리 기호 번호 3 - 귀하가 받은 치료의 품질에 대한 문제를 여기 열거된 품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)에 보고하십시오 _____.

병원은 IO의 이름과 전화번호(_____ 포함)를 미리 인쇄하거나 달리 삽입할 수 있습니다.

본 통지서에 관해 병원 담당자와 이야기하려면 다음으로 전화하시기 바랍니다. 병원 전화번호를 기입하여 환자나 대리인이 통지서에 대한 질문으로 전화할 수 있도록 합니다. 가급적 연락처 이름이 포함되어야 합니다.

환자 또는 대리인 서명: 통지서에 환자 또는 대리인이 서명하여 통지서를 받았으며 그 내용을 이해한다는 사실을 나타내도록 합니다.

날짜/시간: 환자 또는 대리인이 통지서를 서명한 날짜와 시간을 기입하도록 합니다.

Medicare에서 전하는 중요 메시지 2페이지

첫 번째 하위 글머리 기호 - QIO의 이름 및 전화번호를 볼드체로 삽입합니다. 병원 평가를 수행한 품질 개선 기구의 이름 및 전화번호(_____ 포함)를 볼드체로 삽입하십시오.

두 번째 하위 글머리 기호 - 병원 이름: Medicare 의료제공자 ID 번호를 포함한 병원 이름을 삽입 미리 인쇄하십시오(전화번호 제외).

추가 정보: 병원은, 예를 들면, 후속 IM 사본 또는 거절 문서 전달을 문서화하기 위해 수혜자 이니셜, 날짜 및 시간을 포함한 추가 문서를 위해 본 섹션을 사용할 수 있습니다.

건강 관리 결정: 환자와 가족을 위한 안내

소개

누가 이 안내서를 읽어야 하나요?

본 안내서는 New York State 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?

예, 그렇습니다. 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.

정보를 근거로 한 의사 결정을 내릴 수 있는 성인 환자

성인 환자는 본인의 건강 관리 결정을 내릴 권리가 있습니까?

예, 그렇습니다. 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 하나요? 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?

아닙니다. 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/건강 관리 위임장

사전의사 결정서란 무엇입니까?

사전 의사 결정서는 의사 결정 능력을 상실하기 전에 성인 환자가 건강 관리 치료에 관해 내리는 서면 지시입니다. New York State에서 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/index.htm.

일부 환자는 또한 서면으로 의료 치료에 관한 특정 지침과 선택을 전달합니다. 서면 지침은 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 예상하지 못했고 해당 결정이 더 이상 타당하지 않는 일이 발생하지 않는 한 적용됩니다.

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

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, 해당인이 정부나 고용주가 관리하는 등록부에 동거 파트너로 등록한 사람. 또는, 해당인이

- 동일한 고용 혜택 또는 건강 보험 하에 동거 파트너로 보장되는 사람 또는 해당 인이
- 다음과 같이 모든 사실과 상황을 고려하여 환자와 동거 파트너가 될 상호 의향을 공유한 사람
 - 동거한 경우
 - 생계를 위해 상호 의지하는 경우
 - 주택 또는 기타 재산의 소유권(또는 임대)을 공유한 경우
 - 수입 또는 비용을 공유한 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?

예, 그렇습니다. 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 않도록 또는 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 안락 치료는 이를 필요로 하는 모든 환자가 이용할 수 있습니다.

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 용태에 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 호흡에 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 생

명을 유지하고 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 이익**입니다. 건강 관리 결정은 각 환자에 대해 개별적으로 내려야 합니다. 다시 한번 결정은 종교적, 도덕적 신념 외에 환자의 가치와 일치해야 합니다.

특별 대리인은 항상 필요한 치료에 동의할 권한이 있습니까?

그렇습니다.

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 불능의 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 불능

의 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.

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 우선순위가 가장 높은 특별 대리인이 법적 건강 관리 결정을 내릴 수 있음을 의미합니다. 이 특별 대리인은 특별 대리인 목록에서 우선순위가 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 인도하는데 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 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 호스피스에 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

New York State 내 건강 관리 대리인 지정

New York Health Care Proxy Law에 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 의사를 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 부여할 수 있습니다. 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. 본 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 건강 관리 대리인을 지정할 필요가 있을까요?

건강 관리 대리인을 지정하는 것은 귀하가 노령자가 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.

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 해당인에게 가장 핵심적인 책임이므로

자주 묻는 질문, 계속

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 포함된 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. 그러나 이전 배우자를 대리인으로 유지하고 싶은 경우, 현재 양식에 그러한 내용과 날짜를 기재하거나 이전 배우자를 대리인으로 지정하는 새 양식을 작성하십시오.

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 대리인 역할을 하는 것일 뿐이므로 치료 비용을 책임지지 않습니다.

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

자주 묻는 질문, 계속

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?

예, 그렇습니다. 건강 관리 위임장 양식의 장기 및 조직 기증 섹션을 이용하되 두 명의 증인이 있어야 함에 유의하십시오. 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 기증

을 원하지 않는다는 의미로 해석되지 않습니다.

건강 관리 대리인이 장기 및/또는 조직 기증에 관해 결정을 내릴 수 있습니까?

예, 그렇습니다. 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 및/또는 조직 기증에 대한 의사를 건강 관리 대리인, 피상속인의 대리인으로 지정된 사람(지정되어 있는 경우) 및 가족에게 언급해 두는 것이 중요합니다. New York Law(뉴욕 법)에서는 귀하를 대신하여 장기 및/또는 조직 기증에 동의할 권한을 가진 사람의 목록을 제공하고 있습니다. 우선 순위에 따라, 건강 관리 대리인, 피상속인의 대리인, 법적으로 헤어지지 않은 배우자 또는 동거 파트너, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제 자매, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자 순입니다.

건강 관리 위임장 양식 지침

항목 (1)

대리인으로 선정한 해당인의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

항목 (2)

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

항목 (3)

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

항목 (4)

대리인에게 특별한 지시 사항이 있으면 여기에 기재합니다. 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 예입니다. 완전한 목록은 아닙니다.

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

항목 (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.

항목 (6)

본 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사나 지시 사항을 명시할 수 있습니다. 뉴욕 법에 따라 귀하를 대신하여 장기 및/또는 조직 기증에 동의할 사람의 우선 순위는 다음과 같습니다. 건강 관리 대리인, 피상속인의 대리인, 법적으로 헤어지지 않은 배우자 또는 동거 파트너, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제 자매, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자

항목 (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) 본인, _____
은(는) 이로써 _____
(이름, 집 주소 및 전화번호)

을(를)

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
달리 명시하는 예외 경우를 제외하고 _____
(이름, 집 주소 및 전화번호)

(을)를 본인을 대신하여 일체의 건강 관리 결정을 내릴 건강 관리 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.
(해당 사항에 모두 표시)

☐ 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).

날짜 _____ 날짜 _____

증인 1 이름 (정자체) _____ 증인 2 이름 (정자체) _____

서명 _____ 서명 _____

주소 _____ 주소 _____



Department
of Health

주 광역 계획 및 연구 협력 시스템 (Statewide Planning and Research Cooperative System, SPARCS)

이는 모든 병원 환자에게 New York State Department of Health에서 주 광역 계획 및 연구 협력 시스템(SPARCS)으로 알려진 주 광역 데이터 시스템을 개발했으며 모든 응급 치료 병원이 모든 환자에 대한 특정 청구 및 의료 기록 정보를 SPARCS에 제출해야 함을 알리는 것입니다. SPARCS에 수록된 해당 정보는 재정 조사, 비용 설정, 활용 평가, 건강 계획 수립, 역학 및 조사 연구에 사용됩니다.

본 프로그램에 따라 다음 사항을 숙지하시기 바랍니다.

1. New York State Department of Health는 모든 환자의 이름 또는 SPARCS 시스템 내에서 환자가 확인될 수 있는 모든 정보를 받지 않습니다.
2. SPARCS 내 모든 민감한 정보 이용을 제한하고 독자적 공개 심사 위원회의 모든 요청 검토를 보장하여 환자의 개인 정보 보호 및 기밀성을 보호하는 규정이 시행되었습니다.
3. SPARCS 내 모든 민감한 정보 이용을 제한하고 데이터 거버넌스 위원회(Data Governance Committee)의 모든 요청 검토를 보장하여 환자의 개인 정보 보호 및 기밀성을 보호하는 규정이 시행되었습니다.
4. SPARCS는 특정 환자를 식별하도록 설계되지 않았습니다. 대신 질병의 패턴 및 병원 치료 비용에 관한 정보를 제공하도록 구성되었습니다.

이 병원은 OFFICIAL COMPILATION OF CODES, RULES AND REGULATIONS OF THE STATE OF NEW YORK(뉴욕 주 규칙 및 규정, 공공 규정집)의 제10편(보건), 제5장, A 하위장, 제1조, 제400.18항에 따라 환자의 의료 기록 및 청구서 발부 데이터를 Department of Health에 제출해야 합니다. 제공된 정보의 개인 정보 보호, 기밀성 및 보안성은 OFFICIAL COMPILATION OF CODES, RULES AND REGULATIONS OF THE STATE OF NEW YORK의 제10편(보건), 제5장, A 하위장, 제1조, 제400.18(e)항에 따라 보호됩니다.

SPARCS에 관한 자세한 정보는 다음으로 문의하십시오.

SPARCS Operations
Bureau of Health Informatics
Office of Quality and Patient Safety
New York State Department of Health
Three 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

자료 요청:

sparcs.requests@health.ny.gov

병원은 SPARCS로 알려진 주 광역 데이터 수집 시스템과 관련된 New York State Department of Health에서 전하는 통지 서신을 환자에게 제공해야 합니다.

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

임산부 정보

병원(및 출산 센터)은 각 병원의 출산 관련 절차 및 관행, 보험 보장, 산후 일어나는 일과 관련된 통계를 포함하는 서면 정보를 요청 시 미래의 임산부 환자(사전 예약 시) 및 일반 대중에게 제공해야 합니다.

이 기록된 정보는 임산부가 기대하고, 출산 선택에 관해 더 자세히 알고, 아기 출산 계획 및 산후 회복 준비의 더 나은 이해를 하는데 도움이 될 수 있습니다. 또한 더 자세한 정보를 얻기 위한 적절한 자료가 됩니다.

- **병원 별 통계**는 임산부에게 분만 및 출산하는 동안 선택한 병원에서 발생하는 특별 절차 이용에 대한 비율을 제공할 것입니다. 또한 분만실 및 모자 동실의 가용성을 포함한 병원의 특수 운영 사례를 안내받게 됩니다. 이 정보는 출산 경험 계획 수립에 중요합니다.
- **입원 환자 보험 보장**은 New York State에서 질 분만 후 최소 48시간 및 제왕 절개 후 최소 96시간 동안 산모와 신생아에게 제공됩니다. 또한, 각 병원은 환자 교육, 지원 및 유방암 또는 젖병 수유 교육 및 모든 필요한 산모 또는 신생아의 임상 평가를 제공해야 합니다. 귀하의 출산 보장에 관한 자세한 사항은 담당 보험사에 문의하십시오.

- **산모 우울증 또는 산후 우울증**이 출산 후 생길 수 있습니다. 신체는 육체적 및 호르몬 변화를 겪으며 출산 이후 며칠 또는 몇 주 동안, 슬픔, 감정 변화, 분노, 불안 및 낮은 자존감을 느낄 수 있습니다. 베이비 블루스는 매우 일반적이며 시간이 흐르면서 지나갑니다. 주치의가 기분을 좋게 하는 데 도움이 되는 몇 가지 방법을 제안할 수 있습니다. 산모 우울증은 조금 덜 흔합니다. 이 증상은 심각하며 절망, 심한 불안, 섭식 장애, "통제 불능" 감 및 산모 자신이나 아기를 해치려는 생각을 포함할 수 있습니다. 산모 우울증은 치료 가능하므로 이들 증상에 대해 주치의에게 문의하십시오. 산모 자신이나 아기를 해칠 수 있는 기분이 들면 주치의에게 즉시 연락해야 합니다.
- **흔들린 아기 증후군**은 심하게 유아나 아동을 흔들어서 생기는 상해를 의미합니다. 갓 부모가 된 사람은 유아나 어린 자녀를 흔드는 위험성을 인식할 필요가 있습니다. 종종 좌절감을 느끼는 보호자는 통제력을 잃고 아기가 우는 것을 막기 위해 아기를 흔듭니다. 일반적으로 아기의 울음을 그치게 하려는 것이며 자녀를 해치려는 의도는 없습니다. 신생아를 돌보는 스트레스로 인해 부모를 포함한 모든 보호자가 아기를 흔드는 위험에 빠질 수 있습니다. 흔들린 아기 증후군에 관한 자세한 정보는 Department of Health 웹사이트 www.health.ny.gov/prevention/injury_prevention/shaken_baby_syndrome/를 참조하십시오.

병원은 또한 (1) 산전 출산 교육 수업을 모든 사전 예약 여성이 이용할 수 있도록 보장해야 하며, (2) 신생아 선별 검사 교육 안내 자료를 배포하고, (3) 진통, 분만 및 산후 서비스를 이용할 수 있는 옵션의 서면 설명서를 모든 사전 예약 여성에게 제공해야 합니다.

Public Health Law 2803-j Maternity patients information leaflet

10NYCRR, 405.21 (c), 405.21 (c) (8)

출산 전 및 임산부 환자를 위한 안내

본 안내문은 가정 폭력의 피해자인 경우 도움이 될 정보가 수록되어 있습니다. 가정 폭력의 피해자인 경우 귀하의 상황에 대해 누군가와 상담을 요청해야 하며 개인 정보 보호 및 기밀 방식으로 본 정보를 받아야 합니다. 병원 직원이 모든 동행 파트너 또는 가족 구성원 앞에서 귀하가 가정 폭력의 피해자인지 묻는다면 환자로서 귀하의 권리는 침해받게 됩니다.

귀하와 아기는 안전합니까?

일상생활에 가정 폭력이 있다면 안전하지 않을 수 있습니다. 다음은 귀하가 학대받고 있는지 아는 데 도움이 되는 몇 가지 질문입니다.

파트너가 말로 상처를 주나요?

귀하를 모욕하고 쓸모없는 존재로 느끼게 합니까?

다른 사람 앞에서 귀하를 깎아내립니까?

신체적으로 해를 입합니까?

밀거나, 손바닥으로 때리거나, 치거나, 주먹으로 때리거나, 발로 차거나, 목을 조르거나, 구타합니까?

원하지 않는 성관계를 하게 하거나 성관계 시 상처를 입합니까?

파트너가 모든 것을 관리합니까?

귀하가 만나거나 이야기할 수 있는/없는 대상을 말해줍니까?

그가 가족의 모든 돈을 통제합니까?

귀하에게 위협을 줍니까?

이성을 잃고, 질투심이 강하거나, 물건을 부수습니까?

귀하, 자녀, 애완동물이나 자신에게 해를 입히며 위협합니까?

가정 폭력 피해자가 항상 신체적으로 상처를 입는 것은 아닙니다. 위의 질문 중 하나라도 "예"라고 답한 경우 귀하는 학대받고 있을 수 있습니다. 귀하 또는 자녀가 위협에 처해 있을 수 있습니다.

귀하는 혼자가 아닙니다.

귀하는 비난 받아서는 안 됩니다.

귀하는 마땅히 학대 받아서는 안 됩니다.

귀하는 임신 기간 중 가정 폭력이 때로 시작되거나 악화된 사실을 알고 계셨습니까?

그리고 귀하만이 상처를 받는 것은 아닙니다.

- 임신 중 학대받는 여성은 유산, 감염, 출혈, 빈혈 및 기타 건강 문제를 가질 수 있습니다. 이는 엄마와 아기 모두에게 영향을 미칠 수 있습니다.
- 산모는 출생 시 저체중 아기를 가질 확률이 두 배 높습니다.
- 파트너를 때리는 대부분의 남성은 또한 자녀를 구타합니다. 일부는 자녀를 성적으로 학대하기도 합니다.
- 아버지가 어머니를 구타하는 자녀는 건강 문제, 수면 장애, 분노, 죄책감, 두려움과 불안을 겪을 수 있습니다.
- 매년 미국에서 1,000명 이상의 아이가 부모, 보호자 또는 다른 사람이 가한 상해로 사망합니다.

귀하와 자녀는 마땅히 이러한 취급을 받아서는 안 됩니다.

귀하는 안전할 권리가 있습니다.

언제나 도움을 받으실 수 있습니다.

어떤 도움이 필요하십니까? 아래 열거된 서비스는 대부분의 지역사회에서 이용할 수 있습니다. 귀하가 말하는 모든 내용은 기밀로 유지됩니다.

- **상담 전화:** 상담원은 전화로 이야기하며, 귀하에게 정보를 제공하거나, 또는 귀하의 이야기를 들어줍니다. 상담원은 귀하가 원하는 경우, 연락할 수 있거나 추가 도움을 받기 위해 방문할 수 있는 근처의 장소를 알려줍니다. 아래에 핫라인 전화번호가 나와 있습니다.
- **후원 단체:** 귀하가 겪고 있는 상황을 경험한 다른 여성(후원 단체)과 이야기할 수 있습니다. 이는 귀하를 덜 외롭게 하고 안전에 관한 아이디어와 정보를 공유하는 데 도움을 줄 수 있습니다.
- **어린이 대상 서비스:** 많은 프로그램은 아이를 위한 상담과 지원을 제공해 아이가 무슨 일이 일어나고 있는지 이해하는 데 도움을 줍니다. 이는 아이가 자신의 감정을 이야기할 기회를 제공합니다.
- **변호 및 기타 지원 서비스:** 누군가 "시스템"을 통해 귀하에게 도움을 드릴 수 있습니다. 이 사람은 가정 폭력 담당 변호사입니다. 변호 서비스는 종종 법률 자문, 상담, 건강 관리, 주택, 일자리 및 사회 서비스의 확인 지원을 포함합니다.

- **경찰 및 법원:** 경찰은 응급 상황에서 귀하와 자녀를 안전한 장소에 데려다주는 등 여러 가지 방법으로 도움이 될 수 있습니다. 가정 및 형사 법원은 보호 명령을 실행하거나 구금, 방문권 또는 자녀 양육권을 결정하여 도움을 줄 수 있습니다.

- **보호소:** 대부분의 카운티는 귀하와 자녀가 머물 수 있는 보호소 및 안전한 주거지가 마련되어 있습니다. 보호소는 위에 열거된 많은 서비스를 얻는 데 도움을 줄 수 있습니다.

귀하는 소중합니다.

모든 여성은 마땅히 학대 받아서는 안 됩니다.

누구도 "학대받기를 원하지" 않고 누구도 두려움 속에 살아서는 안 됩니다. 자녀—그리고 자녀와 귀하 자신—을 안전하게 지키는 것이 마땅합니다.

귀하는 혼자가 아닙니다.

언제나 도움을 받으실 수 있습니다.

New York State 상담 전화

성인 가정 폭력
(24시간, 주 7일)

영어 1-800-942-6906
스페인어 1-800-942-6908

아동 학대 예방
국가 위원회: 1-800-342-7472
예방 정보
및 부모 전화 상담 서비스

아동 및
가족 복지부 1-800-342-3720
아동 학대 신고용

가정 폭력 피해자의 권리 안내

피해자의 권리 안내는 가정 폭력 피해자에게 법률에 따라 이용할 수 있는 법적 권리 및 구제책을 알리기 위해 마련되었습니다. 가정 폭력 피해자인 경우 귀하를 도울 수 있는 사회 복지사 또는 담당자와 개인적으로 이야기할 수 있도록 요청하는 것이 좋습니다. 귀하와 동행한 사람이 보이지 않는 곳이나 이야기를 들을 수 없게 사적으로 인터뷰를 해야 합니다. 병원 직원이 모든 동행 파트너 또는 가족 구성원 앞에서 귀하가 가정 폭력의 피해자인지 묻는다면 환자로서 귀하의 권리는 침해받게 됩니다.

- 귀하와 가해자가 인척 관계가 아니고, 결혼한 적이 없거나, 공동 자녀가 없는 경우 귀하의 케이스는 형사 법원에서만 심리될 수 있습니다.
- 필요한 양식은 가정 법원과 형사 법원에서 이용할 수 있습니다.
- 법원은 귀하, 귀하의 자녀 및 임시 보호 명령을 요청할 수 있는 모든 증인에게 이를 제공할 수 있습니다.
- 가정 법원은 귀하가 변호사를 감당할 경제적 여력이 없다고 판단하는 경우 변호사를 지정해 법정에서 귀하에게 도움을 줄 수 있습니다.
- 가정 법원은 임시 자녀 양육비 및 자녀의 임시 양육권을 지시할 수 있습니다.

New York Law는 다음과 같이 명시합니다. "가정 폭력 피해자인 경우 귀하는 임시 보호 명령을 받는 방법에 관한 정보 제공을 포함하여 귀하의 안전 및 자녀의 안전을 제공하는 데 경찰이 도움을 주도록 요청할 수 있습니다. 또한, 경찰이 귀하의 필수 소지품을 구해주고, 귀하의 위치를 파악해 데려다주는 데 도움을 주거나, 또는 경찰의 관할권 내에서 귀하와 자녀를 가정 폭력 프로그램, 가족 구성원, 또는 친구의 거주지, 또는 유사한 안전한 장소를 포함하지만 이에 국한되지 않는 안전한 장소에 데려다주도록 준비하는 데 도움을 주도록 요청할 수 있습니다. 경찰의 관할 구역이 단일 카운티 이상인 경우 귀하는 경관에게 사고가 발생한 카운티 내에 있는 안전한 장소로 귀하를 데려다주거나 귀하와 자녀를 데려다주도록 준비될 수 있게 요청할 수 있습니다. 귀하나 자녀가 의료 치료가 필요한 경우 귀하는 그러한 의료 치료를 받는 데 경찰이 도움을 주도록 요청할 권리가 있습니다."

가정 폭력 피해자인 경우

경찰이 도움을 줄 수 있습니다.

- 폭력으로부터 안전한 장소에 데려다줍니다.
- 법원이 폭력으로부터 귀하를 보호할 수 있는 방법에 관한 정보를 구해줍니다.
- 귀하나 자녀가 입을 수 있는 상해에 대한 치료를 받게 해 줍니다.
- 귀하와 자녀를 위해 집에서 필요한 물건을 가져다 줍니다.
- 폭력에 관한 경찰 신고서를 가져다 줍니다.
- 형사 법원에 소송을 제기하고, 해당 지역의 형사 법원 및 가정 법원의 소재지를 알려 줍니다.

법원이 도움을 줄 수 있습니다.

- 귀하에게 해를 입히거나 위협한 사람이 가족이거나 자녀의 생물학적 부모인 경우 귀하의 케이스를 형사 법원, 가정 법원 또는 두 법원 모두에 송치할 권리가 있습니다.

귀하는 법 집행 기관에 무상으로 모든 사건 보고서의 사본을 요청할 수 있습니다."

"귀하는 귀하가 선임한 법률 자문을 구할 권리가 있으며, 가정 법원에서 진행되는 경우 및 변호사를 선임할 경제적 여력이 없다고 판단되는 경우 무상으로 귀하를 대변할 변호사를 지정해야 합니다. 귀하는 형사 고소를 제기할 지방 검사 또는 법 집행관을 요청할 수 있습니다. 또한 귀하에게 가족 범죄가 가해진 경우, 가정 법원에 청원을 제기할 권리가 있습니다. 귀하는 청원할 권리가 있고, 법정 출두일에 보호 명령을 요청할 수 있으며, 이러한 요청은 재판이 진행 중인 같은 날 또는 다음 날 받아들여져야 합니다. 법원 중 한 곳은 가족 범죄에 해당하는 행위로부터 피항소인 또는 피고가 귀하와 자녀로부터 떨어져 있도록 하는 명령을 포함할 수 있는 보호 명령을 발행할 수 있습니다. 가정 법원은 또한 임시 자녀 양육비 지급을 명령하고 자녀의 임시

양육권을 부여할 수 있습니다. 가정 법원에서 재판이 진행 중이 아닌 경우 귀하는 보호 명령을 받기 위해 형사 법원에 즉각적인 도움을 요청할 수 있습니다. 보호 명령을 받기 위해 필요한 양식은 가정 법원과 지역 형사 법원에서 구할 수 있습니다. 해당 지역에서 이용할 수 있는 가정 폭력, 상해 치료, 안전한 장소 및 보호소에 관한 정보 자료는 다음 800 전화번호에 연락하여 구하실 수 있습니다. 고의로 허위 주장을 포함한 형사 고소를 제기하거나 또는 가정 법원에 청원서를 제출하는 것은 범죄입니다."

**지금 도움을 받으십시오.
안전한 곳을 구하십시오.
안전하게 있으십시오.**

전화:

1-800-942-6906(영어)
(24 시간)

또는

1-800-942-6908(스페인어)

또는 담당 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 서면 퇴원 계획은 구체적으로 실험실 또는 자녀의 입원 기간에 지시된 다른 진단 검사의 모든 임계 결과를 확인하고 아직 종료되지 않은 모든 다른 검사 항목을 식별합니다.
- 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 접착한 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



Department
of Health



팔로우:

health.ny.gov

facebook.com/nysdoh

twitter.com/HealthNYGov

youtube.com/nysdoh