



# KŌKUA MAU

## Continuous Care

### A Movement to Improve Care

## Background Information about the Multilingual Hawaii Advance Directive

The **Hawaii Advance Health Care Directive** (HI AD) or ‘Advance Directive’ (AD) as it is commonly known, is a written statement about your future medical care. Starting May 2016 the HI AD is available in [10 languages](#). To facilitate the discussion for providers and loved ones, the HI AD is a bilingual document translated content block by content block.

Please keep in mind that **most providers speak English only**. To ensure that your wishes and instructions are understood and can be honored, please fill out your HI AD in **English**. In order to complete an advance directive you need to either have two witnesses or a notary public for it to be valid.

**Important limitation:** If you choose to complete the English portion of a bilingual HI AD, State of Hawaii regulations require a **bilingual Notary** to notarize your bilingual version of the advance directive.

*“The notarization of a document that has been written in a foreign language should only be performed by a notary who has a thorough understanding of the foreign language in which the document and/or notarial certificate are written.” [...] Similarly, a notary should not notarize a document written in English if the parties to the document who appear before the notary do not appear to speak, read, or understand English.”* Page 5, Notary Manual 2010.

Call the Notary Public Program (808) 586-1216 for a **bilingual notary**, or go to their website <https://notary.ehawaii.gov/notary/public/publicsearch.html> (‘Search Category’: choose ‘Language’ in the fold down menu and in ‘Search Terms’ type in the language you want).

Please call the notary public office if you have more questions regarding using a bilingual notary.

### Two recommendations for completing your bilingual AD:

1) Use **two witnesses** to complete a bilingual HI AD. Witnesses cannot be health care providers (like a doctor, nurse or social worker), employees of a health care facility, or the person you choose as an agent. One of the two persons cannot be related to you or have inheritance rights.

OR

2) Use a **bilingual notary**.

This page is left intentionally blank

# HAWAI‘I ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

My name is: \_\_\_\_\_

Last

First

Middle initial

Date of Birth

Date

## PART 1: HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY – DESIGNATION OF AGENT:

I designate the following individual as my agent to make health care decisions for me:

\_\_\_\_\_  
Name and relationship of individual designated as health care agent

\_\_\_\_\_  
Street Address City State Zip

\_\_\_\_\_  
Home Phone Cell Phone E-mail

If I revoke my agent’s authority or if my agent is not willing, able, or reasonably available to make decisions for me, I designate the following individual as my alternate agent:

\_\_\_\_\_  
Name and relationship of individual designated as health care agent

\_\_\_\_\_  
Street Address City State Zip

\_\_\_\_\_  
Home Phone Cell Phone E-mail

### AGENT’S AUTHORITY AND OBLIGATION:

My healthcare agent should make decisions as I have instructed in Part 2 of this form or as I may otherwise provide orally or in writing. If there are decisions for which I have not provided instructions, I want my agent to make such decisions as I would have chosen to do, basing them on my values, goals, and preferences rather than those of my agent. If a guardian of my person needs to be appointed for me by a court, I nominate my agent.

### WHEN AGENT’S AUTHORITY BECOMES EFFECTIVE:

My agent’s authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make my own health care decisions unless I mark the following box.

- If I mark this box, my agent’s authority to make health care decisions for me takes effect immediately. However, I always retain the right to make my own decisions about my health care. I can revoke this authority at any time as long as I have mental capacity.

## 하와이 사전 의료 지시서

본인 이름: \_\_\_\_\_  
성 이름 M.I 생년월일 날짜

### 1부: 의료 관련 위임장 – 대리인의 지정:

본인은 다음 사람을 본인 대신 의료 관련 결정을 내리는 대리인으로 지정합니다.

\_\_\_\_\_  
의료 관리 대리인으로 지정된 사람의 이름 및 관계

\_\_\_\_\_  
주소 시 도 우편번호

\_\_\_\_\_  
집전화 휴대폰 이메일

본인은 대리인의 권한을 취소하거나 대리인이 본인을 대신하여 결정을 하려는 의사나 능력이 없거나 연락이 닿을 수 없는 상황일 경우 다음 사람을 보조 대리인으로 임명합니다.

의료	관리 대리인으로 지정된 사람의 이름 및 관계		
주소	시	도	우편번호
집전화	휴대폰	이메일	

**대리인의 권한과 의무:**

의료대리인은 환자 본인이 본 양식의 2부에 작성했거나 구두 또는 서면을 제시한 대로 결정을 내려야 합니다. 본인이 지침을 전달하지 않은 결정이 있다면 대리인의 가치, 목표, 선호도가 아닌 본인의 가치, 목표, 선호도에 따라 결정을 내리기를 원합니다. 본인의 보호자가 법원 명령에 따라 임명되어야 한다면 본인은 본인의 대리인을 추천합니다.

**대리인의 권한이 적용되는 시점:**

해당 대리인의 권한은 환자의 주치의가 환자 스스로 의료 결정을 내릴 수 없다고 판단할 경우에 적용됩니다.

- 이 상자에 표시할 경우 대리인은 환자를 위해 의료 결정을 내릴 수 있는 권한을 즉시 갖게 됩니다. 단, 환자 본인은 항상 건강 관리에 대해 스스로 결정을 내릴 수 있습니다. 환자 본인의 정신이 온전하다면 언제든지 이 권한을 취소할 수 있습니다.

**PART 2: INDIVIDUAL INSTRUCTIONS** (You may modify or strike through anything with which you do not agree. Initial and date any modifications.)

**A. END OF LIFE DECISIONS**

- If I have an incurable and irreversible condition that will result in my death within a relatively short time, OR
- If I have lost the ability to communicate my wishes regarding my health care and it is unlikely that I will ever recover that ability, OR
- If the likely risks and burdens of treatment would outweigh the expected benefits.

**THEN** I direct that my health-care providers and others involved in my care provide, withhold, or withdraw treatment in accordance with the choice I have marked below: Check only one of the following boxes. You may also initial your selection.

I want to stop or withhold medical treatment that would prolong my life.

**OR**

I want medical treatment that would prolong my life as long as possible within the limits of generally accepted health care standards.

**2부: 개별 지침** (동의하지 않는 항목은 모두 수정하거나 삭제 표시할 수 있습니다. 수정 시 이니셜 및 날짜 기재.)

**A. 생의 말기치료 결정**

- 비교적 짧은 시간 내에 임종을 맞을 수 있는 불치의 병이나 돌이킬 수 없는 병이 있는 경우
- 건강 관리에 대한 본인의 의견을 전달할 수 있는 능력을 상실했으며 그러한 능력을 회복할 가능성이 매우 낮은 경우 또는
- 치료의 위험부담이 증상 완화에 대한 기대보다 더 클 가능성이 있는 경우

그럴 경우 본인은 본인의 치료에 관여한 담당 의료진 및 기타 관계자들이 아래에 표시한 선택에 따라 치료를 철회 또는 취소할 것을 지시합니다. 다음 상자 중 하나만 선택하십시오. 해당 선택은 초기화할 수도 있습니다.

\_\_  본인은 수명을 연장하는 치료를 중지하거나 철회하기를 원합니다.

또는  
\_\_  본인은 일반적으로 검증된 의료 기준 범위 내에서 최대한 오랫동안 본인의 수명을 연장하는 치료를 받기를 원합니다.

**B. ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION - FOOD AND FLUIDS:**

Artificial nutrition and hydration must be provided, withheld or withdrawn in accordance with the choice I have made in the preceding paragraph A unless I mark the following box.

\_\_  If I mark this box, artificial nutrition and hydration must be provided under all circumstances as long as it is within the limits of generally accepted healthcare standards.

**B. 인공 영양 및 수분 공급 - 음식 및 수분:**

다음 상자에 표시하지 않는 한, 인공 영양 및 수분 공급은 앞 단락에서 내린 선택에 따라 철회 또는 취소해야 합니다.

\_\_  본인이 이 상자에 표시한다면 인공 영양 및 수분 공급은 일반적으로 검증된 의료 기준 범위 안에서 어떤 상황에서나 이뤄져야 합니다.

**C. RELIEF FROM PAIN:**

\_\_  If I mark this box, I choose treatment to alleviate pain or discomfort even if it might hasten my death.

**C. 고통 완화:**

\_\_  본인이 이 상자에 표시한다면 임종을 앞당긴다 하더라도 통증이나 불편을 완화하는 치료를 선택하는 것입니다.

**D. OTHER**

\_\_  If I mark this box, the additional instructions or information I have attached are to be incorporated into my care. (Sign and date each added page and attach to this form.)

**D. 기타**

\_\_  본인이 이 상자에 표시한다면 동봉한 추가 지침 또는 정보가 본인의 치료에 포함되어야 합니다. (추가된 페이지마다 서명 및 날짜를 기재하고 이 양식에 첨부할 것)

**E. WHAT IS IMPORTANT TO ME: (Optional. Add additional sheets if needed.)** The things that I value and that make life worth living to me are: (examples: gardening, walking my pet, shopping, participating in family gatherings, attending church or temple):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

I have attached \_\_\_\_\_ additional sheet/s

**E. 본인에게 중요한 것:** (선택. 필요한 경우 추가 시트를 추가할 것) 환자 본인이 소중히 여기고 본인의 삶에 가치를 안겨준 것: (예: 정원 가꾸기, 애완동물 산책, 쇼핑, 가족 모임 참석, 교회 또는 사찰 다니기):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

본인이 동봉한 시트 수: \_\_\_\_매

My thoughts about when I would not want my life prolonged by medical treatment (Examples include: If I no longer have the mental capacity to make my own decisions, if I have lost all ability to communicate, if I can no longer safely swallow, etc):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

I have attached \_\_\_\_ additional sheet/s

치료로 생명을 연장하고 싶지 않을 경우에 대한 본인의 생각(예: 본인이 직접 의사결정을 내릴 수 있는 정신적 능력이 없거나, 의사소통 능력을 상실했거나, 안전하게 음식물을 삼킬 수 없는 경우 등):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

본인이 동봉한 시트 수: \_\_\_\_매

**YOUR NAME:** (Please sign in front of witnesses or notary public)

---

Print Your Full Name	Your Signature	Date of Birth	Date
----------------------	----------------	---------------	------

**귀하의 성명:** (증인 또는 공증인 앞에서 서명할 것)

---

본인 인쇄체 성명	서명	생년월일	날짜
-----------	----	------	----

**WITNESSES: CHOOSE EITHER OPTION 1 OR 2, NOT BOTH.**

**Important: Witnesses** cannot be your health care agent, a health care provider or an employee of a health care facility. One witness cannot be a relative or have inheritance rights.

**OPTION 1: WITNESSES**

I (Witness 1) declare that the person completing this advance health care directive is personally known to me, that she/he signed or acknowledged this power of attorney in my presence and appears to be of sound mind and under no undue influence. I am not related by blood, marriage, or adoption, and to the best of my knowledge I am not entitled to any part of her/his estate. I am not the person appointed as agent by this document, and I am not a health-care provider, nor an employee of a health-care provider or facility.

---

Witness #1 Print Name	Witness Signature	Date
Street Address	City	State Zip

**증인: 선택 1 또는 선택 2 중 하나를 선택합니다.**

**중요: 증인**은 의료 서비스 공급자이거나 의료 제공자 또는 의료시설 직원이 아닙니다. 한 명의 증인은 친척이나 상속권을 가진 사람이 아니어야 합니다.

**선택 1: 증인**

본인(증인 1)은 이 사전 의료 지시서를 작성한 사람을 개인적으로 알고 있으며, 대리인은 본인 앞에서 대리인 권한에 서명, 인정했으며, 건전한 자세를 가지고 그 어떤 부당한 영향을 받지 않았다고 선언합니다. 본인은 혈연, 결혼, 입양 등으로 환자와 가족관계가 아니며 본인이 아는 한 환자의 재산 중 어떤 부분도 상속할 자격이 없습니다. 본인은 이 서류에 따라 대리인으로 임명된 자가 아니며, 의료 서비스 공급자이거나 의료 제공자 또는 의료 시설 직원이 아닙니다.

---

증인 #1 이름(인쇄체)	증인 서명	날짜
주소	시	도 우편번호

I (Witness 2) declare that the person completing this advance health care directive is personally known to me, that she/he signed or acknowledged this power of attorney in my presence and appears to be of sound mind and under no undue influence. I am not the person appointed as agent by this document, and I am not a health-care provider, nor an employee of a health-care provider or facility.

Witness #2 Print Name	Witness Signature	Date
Street Address	City	State Zip

본인(증인 2)은 이 사전 의료 지시서를 작성한 사람을 개인적으로 알고 있으며, 대리인이 본인 앞에서 대리인 권한에 서명, 인정했으며, 건전한 자세를 가지고 그 어떤 부당한 영향을 받지 않았음을 선언합니다. 본인은 이 서류에 따라 대리인으로 임명된 자가 아니며, 의료 서비스 공급자이거나 의료 제공자 또는 의료 시설 직원이 아닙니다.

증인 #2 이름(인쇄체)	증인 서명	날짜
주소	시	도 우편번호

**OPTION 2: NOTARY PUBLIC**

State Hawai'i,  
 (City and) County of \_\_\_\_\_ } ss.

On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, in the year \_\_\_\_\_, before me, \_\_\_\_\_, (insert name of notary public) appeared \_\_\_\_\_, personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person whose name is subscribed to this \_\_\_ -page Hawai'i Advance Health Care Directive dated on \_\_\_\_\_, in the \_\_\_\_\_ Judicial Circuit of the State of Hawai'i, and acknowledged that he/she executed the same as his/her free act and deed.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Notary Public

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

**A copy has the same effect as the original.**  
[www.kokuamau.org/resources/advance-directives](http://www.kokuamau.org/resources/advance-directives)  
 Developed by the Executive Office on Aging and  
 Kōkua Mau - A Movement to Improve Care

Place Notary Seal or Stamp Above

December 2015



## 선택 2: 공증인

\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_일 \_\_\_\_\_요일, 본인 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, (공증인 이름 기재) 앞에 출석한 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_은(는) 본인이 알고 있는 사람으로 (또는 만족스러운 증거에 따라 검증된 자) 해당 이름은 하와이  
주 순회재판국 \_\_\_\_\_에서 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일 작성된 이 \_\_\_\_\_페이지는 하와이 사전 의료 지시서에 기  
록되었으며 당사자들은 자신의 자유로운 행동과 의지에 따라 행동하였음을 인정합니다.

\_\_\_\_\_  
공증인 서명

권한 만료일: \_\_\_\_\_

공증 인감(인)

사본은 원본과 동일한 효력이 있습니다.  
[www.kokuamau.org/resources/advance-directives](http://www.kokuamau.org/resources/advance-directives)  
작성 기관: Executive Office on Aging and  
Kōkua Mau - A Movement to Improve Care

2015년 12월