ooxWord://word/media/image1.pngooxWord://word/media/image2.pngooxWord://word/media/image3.pngooxWord://word/media/image4.pngooxWord://word/media/image5.pngooxWord://word/media/image6.pngooxWord://word/media/image7.pngooxWord://word/media/image8.pngooxWord://word/media/image9.pngooxWord://word/media/image10.pngooxWord://word/media/image11.pngooxWord://word/media/image12.pngooxWord://word/media/image13.pngooxWord://word/media/image14.pngooxWord://word/media/image15.pngooxWord://word/media/image17.pngooxWord://word/media/image18.pngooxWord://word/media/image19.pngooxWord://word/media/image21.pngooxWord://word/media/image22.pngooxWord://word/media/image23.pngooxWord://word/media/image24.pngooxWord://word/media/image25.pngooxWord://word/media/image26.pngooxWord://word/media/image27.pngooxWord://word/media/image28.png ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE FORM

\_\_\_\_

YES     \_\_\_\_ NO

■

■

■ Agent  Copy

■

Date:

Your Name:

Last

First

Middle initial

Street Address

City

State

Zip

Part 1: INDIVIDUAL INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE

**The following statements only apply**

• if I am close to death and life support would only postpone the moment of my death **OR**

• if I am in an unconscious state such as an irreversible coma or a persistent vegetative state and it is unlikely that I will ever   
become conscious **OR**

• if I have brain damage or a brain disease that makes me permanently unable to make and communicate health-care deci-   
sions about myself.

(INITIAL ONLY ONE (1) CHOICE IN EACH SECTION and CROSS OUT ALL THAT DO NOT APPLY.)

**A. CHOICE TO PROLONG OR NOT TO PROLONG LIFE**

\_\_\_\_ YES, I do want to have my life prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health-care   
 standards that apply to my condition.

**OR**

\_\_\_\_ NO, I do not want my life prolonged.

**B. ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION (FOOD AND FLUIDS) BY TUBE INTO STOMACH OR VEIN**  
 \_\_\_\_ YES, I do want artiﬁcial nutrition and hydration.

**OR**

\_\_\_\_ NO, I do not want artiﬁcial nutrition and hydration.

**C. RELIEF FROM PAIN**

\_\_\_\_ YES, I do want treatment to relieve my pain or discomfort.   
 **OR**

\_\_\_\_ NO, I do not want treatment to relieve my pain or discomfort.

**D. ETHICAL, RELIGIOUS, OR SPIRITUAL INSTRUCTIONS (OPTIONAL)**

ooxWord://word/media/image16.pngIs there a church, temple, spiritual group or a special person from whom you wish to receive spiritual care?

Name:

Phone

Street Address

City

State

Zip

**E.  DO YOU WANT HOSPICE CARE, IF APPROPRIATE?**

(Hospice provides physical, psychosocial, emotional, and spiritual support and counseling for the patient and his/her family.   
Hospice is available in home, hospital, hospice-unit, and nursing home settings.)

**F. P RIMARY CARE PHYSICIAN**

Name:

Phone

**G. OTHER WISHES:**

If you do not agree with any of the choices above or wish to add other instructions, including body and organ donation,   
you may add pages. If you are or could become pregnant, consult your doctor, and consider adding special instructions

suspending or adding provisions.  Remember to sign, date, witness or notarize additional pages.  File a copy with:

■  Doctor  copy

■  Family  Copy

■

■

ooxWord://word/media/image30.pngooxWord://word/media/image31.pngooxWord://word/media/image32.pngooxWord://word/media/image33.pngooxWord://word/media/image34.pngooxWord://word/media/image35.pngooxWord://word/media/image36.pngooxWord://word/media/image37.pngooxWord://word/media/image38.pngooxWord://word/media/image39.pngooxWord://word/media/image40.pngooxWord://word/media/image42.pngooxWord://word/media/image43.pngooxWord://word/media/image44.pngooxWord://word/media/image45.pngooxWord://word/media/image46.pngooxWord://word/media/image47.pngooxWord://word/media/image48.pngooxWord://word/media/image49.pngooxWord://word/media/image50.pngooxWord://word/media/image51.pngooxWord://word/media/image52.pngooxWord://word/media/image53.pngooxWord://word/media/image54.pngooxWord://word/media/image55.pngooxWord://word/media/image56.pngooxWord://word/media/image57.pngooxWord://word/media/image58.pngooxWord://word/media/image59.pngooxWord://word/media/image60.pngooxWord://word/media/image61.pngooxWord://word/media/image62.pngPART 2: HEALTH-CARE POWER OF ATTORNEY AGENT’S AUTHORITY AND OBLIGATION

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

My agent shall make health-care decisions for me in accordance with my best interests and wishes so far as they are known.   
In determining my best interest, my agent shall consider my personal values. If a guardian of my person needs to be appoint-   
ed for me by a court, I nominate my agent. I designate the following individual as my agent. He/she may make all health-   
care decisions for me if I am unable or unwilling to make them for myself unless I direct otherwise:

State of Hawai‘i, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (County)

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 satis-   
factory evidence) to be the person whose name is subscribed to this instrument and acknowledged that he or she executed it.

Name of Agent (Spouse, adult child, friend or other trusted person)

Relationship

Street Address

City

State

Zip

Home Phone

Work Phone

E-mail

If my agent is not available, I designate the following person as my alternative agent:

Name of Alternate Agent (Spouse, adult child, friend or other trusted person)

Relationship

Street Address

City

State

Zip

Home Phone

Work Phone

E-mail

\_\_\_\_ My agent may make all health-care decisions for me. **OR**

\_\_\_\_ My agent may make all health-care decisions for me except: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_\_\_\_ My agent’s authority becomes effective when my primary physician determines that I am unable to make health-care   
 decisions.**OR**

\_\_\_\_  My agent’s authority to make health-care decisions for me takes effect immediately.

**YOUR NAME:**

**Print Your Full Name**

**Your Signature**

**Date**

**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

Witness #1 Print Name

Witness Signature

Date

Address

City

State

Zip Code

Witness #2 Print Name

Witness Signature

Date

Address

City

State

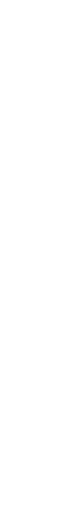
Zip Code

OPTION 2: Notary Public

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

A  copy  has  the  same  effect  as  the  original.

Developed  by  the  Executive  Office  on  Aging,

ooxWord://word/media/image73.pngooxWord://word/media/image74.png

**4**

It is a gift to family members and friends

so that they won’t have to guess what you want   
 if you no longer can speak for yourself.

This brochure provides general information and does not constitute legal advice and may   
not apply to your individual situation.

**C HECKLIST:**

\_\_\_\_ **Talk with your spouse, adult children, family, friends, spiritual**  
 **advisors, and doctors**about what would be important to you.

\_\_\_\_ **Ask someone you trust and can count on to be your health care**  
 **agent.**Discuss your wishes with this person. Select an alternate health

care agent in case your agent is unable to serve.

\_\_\_\_ **Complete the enclosed optional Advance Health Care Directive**  
 or make a document of your own. You can add more pages if needed.

\_\_\_\_ **Have two qualified witnesses or a notary public witness your**  
 **signature.**

\_\_\_\_ **Inform family, friends, and doctors that you have an Advance**  
 **Health Care Directive**and that you expect them to honor your wishes.   
 Keep them informed about your current wishes.

\_\_\_\_ **Give copies of the Advance Directive**to your health care agent, health   
 care providers, family, close friends, spiritual advisors, and any other indi-   
 viduals who might be involved in your care. **Register your Advance**

**Directive free of charge in Hawaii's own Document Bank at**  
 [**www.myhealthdirective.com.**](http://www.myhealthdirective.com)

\_\_\_\_ **Place copies in your medical files.**

\_\_\_\_ **Keep a copy in any easy to find place in your home.**(Not in a safe   
 deposit box!!) You could leave a note on the refrigerator to tell people   
 where your important documents are so they can be found when they are   
 needed.

\_\_\_\_ You may **designate “Advance Directive” on your driver’s license or**  
 **state identification card**to indicate that you have completed an

Advance Directive and wish it to be honored. Hawaii drivers’ license   
 stations do not file Advanced Directives.

\_\_\_\_ **Review your Advance Directive regularly.**In case you make changes,   
 inform people, create a new document, and replace the old one.

Developed  by  the  Executive  Office  on  Aging,  State  of  Hawai‘i.   
Checklist  originally  developed  by  UH  Elder  Law  Program.

Revised  April  2002.

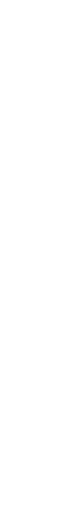
FOR FUTURE

HEALTH CARE

ADVANCE

DIRECTIVE

YOUR



2

3

**INSTRUCTIONS FOR ADVANCE HEALTH CARE**

**DIRECTIVE**(in accordance with the Uniform Health Care Decisions Act, 1999)

Complete Part 1 and 2 on the enclosed form. You may add pages and   
make any changes you wish. You do not need an attorney to complete this   
form. If you need more help, consult the phone numbers included in this   
brochure. Complete the check list on the back page.

**PART 1 – INDIVIDUAL INSTRUCTION**

Give instructions to your doctor and others about any aspect of your   
health care. You will be given choices. Check only one box in each

category and cross out all which do not apply.

**PART 2 – HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY, YOUR AGENT**

Select one or more persons to be your agent and make health care deci-   
sions if you are unable. The person you appoint can be a spouse, adult   
child, friend, or any other trusted person. Your agent cannot be an owner   
or employee of a health care facility where you are receiving care unless

they are related to you.

**Ask two witnesses to sign and date the form**

Both must be people you know. They cannot be health care providers,   
employees of a health care facility, or the person you choose as an agent.   
One person cannot be related to you or have inheritance rights.

**Notary Public**

If you do not have 2 witnesses, your Advance Directive must be notarized.

You have **the right to revoke or change your Advance Directive at any**  
**time**orally or in writing. Be sure to tell your agent and doctor.

**WHO CAN HELP ME COMPLETE MY ADVANCE DIRECTIVE?**

**Kauai:**Seniors Law Program

**Maui, Molokai, Lanai:**Legal Aid Society   
**Oahu:**UH Elder Law Program

**Big Island:**Legal Aid Society (Hilo)   
 (Kona)

For further information contact:

**Kokua Mau**(Continuous Care) website at [**www.kokuamau.org**.](http://www.kokuamau.org)

**Kokua Mau Speaker’s Bureau: (800) 474-2113.**Churches, Temples or   
Spiritual Groups can ask about the Complete Life Course.

**WHY DO I NEED AN ADVANCE DIRECTIVE?**

Medical technology has given us many new options for sustaining life.   
This makes it important for you to discuss what kind of care you want

before serious illness or accident occurs.

Now is the time to talk about these important issues while you can still   
make your own decisions and have time to talk about them with others.

If you don’t have an Advance Directive and even one person interested in   
your care disagrees, your doctor may not honor your wishes for end-of-life   
care.

The Advance Directive takes the place of the former living will document   
and gives you more options. Review your existing forms to decide if an   
Advance Health Care Directive will better reflect your wishes.

**WHAT DO I PUT IN MY ADVANCE DIRECTIVE?**

**THE KIND OF HEALTH TREATMENT YOU WANT**

**OR DON’T WANT.**

You can say whether or not you want to be kept alive by machines that   
breathe for you or feed you even if there is no hope you will get better.

**YOUR WISHES FOR COMFORT CARE.**

You can indicate whether you want medicine for pain or where you want   
to spend your last days. You can also give spiritual, ethical, and religious   
intructions.

**THE PERSON OR “AGENT” YOU WANT TO MAKE DECISIONS**

**FOR YOU WHEN YOU CANNOT.**

This agent does not have to be an attorney. Unless you limit your agent’s   
authority, your agent has the right to accept or refuse any kind of medical

care and testing, discharge or select doctors, and see all medical records.

**HOW CAN I ENSURE MY ADVANCE DIRECTIVE**

**IS HONORED?**

Share copies and talk with people who will be involved in your care. Ask   
your doctor to insert your Advance Directive into your medical records.   
[Register your Advance Directive free of charge at www.MyHealthDirec-](http://www.MyHealthDirec)   
[tive.com or call 587-4781.](http://www.MyHealthDirec)