ooxWord://word/media/image2.pngooxWord://word/media/image3.pngooxWord://word/media/image4.pngooxWord://word/media/image5.pngooxWord://word/media/image6.png**.**

Check one

Name of person

Living Will And Durable Power Of Attorney For Health Care

Date of Directive:

executing Directive:

Address of person executing Directive:

A Living Will

A Directive to Withhold or to Provide Treatment

1.

I  willfully  and  voluntarily  make  known  my  desire  that  my  life  shall  not  be   
prolonged  artificially  under  the  circumstances  set  forth  below.    This  Directive

shall be effective only if I am unable to communicate my instructions and:

a.

I have an incurable or irreversible injury, disease, illness or condition, and   
a medical doctor who has examined me has certified:

1.   
2.

3.

That such injury, disease, illness or condition is terminal; and

That  the  application  of  artificial  life-sustaining  procedures  would   
serve only to prolong artificially my life; and

That  my  death  is  imminent,  whether  or  not  artificial  life-sustaining   
procedures are utilized.

**OR**

b.

I have been diagnosed as being in a persistent vegetative state.

In such event, I direct that the following marked expression of my intent be followed and   
that  I  receive  any  medical  treatment  or  care  that  may  be  required  to  keep  me  free  of   
pain or distress.

 box and initial the line after such box:

 I direct that all medical treatment, care, and procedures necessary   
to  restore  my  health  and  sustain  my  life  be  provided  to  me.    Nutrition  and   
hydration,  whether  artificial  or  non-artificial,  shall  not  be  withheld  or  withdrawn   
from me if I would likely die primarily from malnutrition or dehydration rather than   
from my injury, disease, illness or condition.

ooxWord://word/media/image7.pngooxWord://word/media/image8.pngooxWord://word/media/image9.pngooxWord://word/media/image10.pngooxWord://word/media/image11.png 

4.         Check

Check one

one

 I direct that all medical treatment, care and procedures, including   
artificial  life-sustaining  procedures,  be  withheld  or  withdrawn,  except  that

nutrition and hydration, whether artificial or non-artificial shall not be withheld or   
withdrawn from me if, as a result, I would likely die primarily from malnutrition or

dehydration rather than from my injury, disease, illness or condition, as follows:

*(If none of the following boxes are checked and initialed, then both nutrition and*  
*hydration, of any nature, whether artificial or non-artificial, shall be administered.)*

 box and initial the line after such box:

 A.     Only  hydration  of  any  nature,  whether  artificial  or  non-

artificial, shall be administered.

 B.     Only  nutrition,  of  any  nature,  whether  artificial  or  non-

artificial, shall be administered.

 C.

Both nutrition and hydration, of any nature, whether artificial

or non-artificial shall be administered.

**OR**

 I direct that all medical treatment, care and procedures be withheld   
or withdrawn, including withdrawal of the administration of artificial nutrition and

hydration.

2.

If  I  have  been  diagnosed  as  pregnant,  this  Directive  shall  have  no  force  during   
the course of my pregnancy.

3.

I  understand  the  full  importance  of  this  Directive  and  am  mentally  competent  to   
make this Directive.  No participant in the making of this Directive or in its being   
carried  into  effect  shall  be  held  responsible  in  any  way  for  complying  with  my

directions.

 box and initial the line after such box:

Living Will and Durable Power of Attorney for Health Care   
 Page 2 of 7

ooxWord://word/media/image12.pngooxWord://word/media/image13.pngooxWord://word/media/image14.pngooxWord://word/media/image15.pngooxWord://word/media/image16.png 

Address of Health

Agent:

 I have discussed these decisions with my physician and have also   
completed a Physician Orders for Scope of Treatment (POST) form that contains

directions that may be more specific than, but are compatible with, this Directive.   
I hereby approve of those orders and incorporate them herein as if fully set forth.

**OR**

  I  have  not  completed  a  Physician  Orders  for  Scope  of  Treatment   
(POST) form.  If a POST form is later signed by my physician, then this living will   
shall be deemed modified to be compatible with the terms of the POST form.

A Durable Power of Attorney for Health Care

**1.**

**DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT**

*None of the following may be designated as your agent:*

*(1) your treating health care provider;*

*(2) a non-relative employee of your treating health care provider;*  
*(3) an operator of a community care facility; or*

*(4) a non-relative employee of an operator of a community care facility.*

*If  the  agent  or  an  alternate  agent  designated  in  this  Directive  is  my  spouse,  and  our*  
*marriage is thereafter dissolved, such designation shall be thereupon revoked.*

I do hereby designate and appoint the following individual as my attorney in fact (agent)   
to make health care decisions for me as authorized in this Directive.

*(Insert  name,  address  and  telephone  number  of  one  individual  only  as  your  agent  to*  
*make health care decisions for you.)*

Name of Health Care Agent:

Care

Telephone Number of Health Care Agent:

For  the  purposes  of  this  Directive,  "health  care  decision"  means  consent,  refusal  of   
consent,  or  withdrawal  of  consent  to  any  care,  treatment,  service,  or  procedure  to

maintain, diagnose or treat an individual's physical condition.

Living Will and Durable Power of Attorney for Health Care   
 Page 3 of 7

**2.**

**CREATION OF DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE**

By  this  portion  of  this  Directive,  I  create  a  durable  power  of  attorney  for  health  care.     
This power of attorney shall not be affected by my subsequent incapacity.  This power   
shall be effective only when I am unable to communicate rationally.

**3.**

**GENERAL STATEMENT OF AUTHORITY GRANTED**

I hereby grant to my agent full power and authority to make health care decisions for me   
to the same extent that I could make such decisions for myself if I had the capacity to do   
so.    In  exercising  this  authority,  my  agent  shall  make  health  care  decisions  that  are   
consistent  with  my  desires  as  stated  in  this  Directive  or  otherwise  made  known  to  my   
agent  including,  but  not  limited  to,  my  desires  concerning  obtaining  or  refusing  or

withdrawing artificial life-sustaining care, treatment, services and procedures, including   
such desires set forth in a living will, Physician Orders for Scope of Treatment (POST)   
form, or similar document executed by me, if any.

*(If  you  want  to  limit  the  authority  of  your  agent  to  make  health  care  decisions  for  you,*  
*you can state the limitations in paragraph 4, "Statement of Desires, Special Provisions,*  
*and Limitations", below.  You can indicate your desires by including a statement of your*  
*desires in the same paragraph.)*

**4.**

**STATEMENT OF DESIRES, SPECIAL PROVISIONS, AND LIMITATIONS**

*(Your  agent  must  make  health  care  decisions  that  are  consistent  with  your  known*  
*desires.    You  can,  but  are  not  required  to,  state  your  desires  in  the  space  provided*  
*below.    You  should  consider  whether  you  want  to  include  a  statement  of  your  desires*  
*concerning  artificial  life-sustaining  care,  treatment,  services  and  procedures.    You  can*

*also include a statement of your desires concerning other matters relating to your health*  
*care, including a list of one or more persons whom you designate to be able to receive*  
*medical information about you and/or to be allowed to visit you in a medical institution.*  
*You  can  also  make  your  desires  known  to  your  agent  by  discussing  your  desires  with*

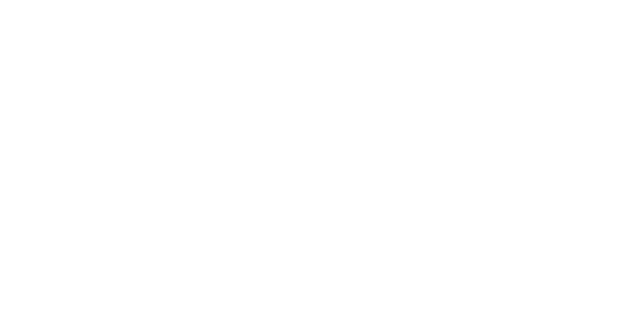
*your agent or by some other means.  If there are any types of treatment that you do not*  
*want to be used, you should state them in the space below. If you want to limit in any*  
*other way the authority given your agent by this Directive, you should state the limits in*  
*the  space  below.  If  you  do  not  state  any  limits,  your  agent  will  have  broad  powers  to*

*make health care decisions for you, except to the extent that there are limits provided by*  
*law.)*

In  exercising  the  authority  under  this  durable  power  of  attorney  for  health  care,  my   
agent shall act consistently with my desires as stated below and is subject to the special   
provisions and limitations stated in my Physician Orders for Scope of Treatment (POST)

form, a living will, or similar document executed by me, if any.  Additional statement of   
desires, special provisions, and limitations:

Living Will and Durable Power of Attorney for Health Care   
 Page 4 of 7

*(You  may  attach  additional  pages  or  documents  if  you  need  more  space  to  complete*  
*your statement.)*

**5.**

**INSPECTION  AND  DISCLOSURE  OF  INFORMATION  RELATING  TO  MY**  
**PHYSICAL OR MENTAL HEALTH**

A.

General Grant of Power and Authority

Subject  to  any  limitations  in  this  Directive,  my  agent  has  the  power  and   
authority to do all of the following:

(1)  Request,  review  and  receive  any  information,  verbal  or  written,   
regarding  my  physical  or  mental  health  including,  but  not  limited  to,

medical and hospital records;

(2)  Execute  on  my  behalf  any  releases  or  other  documents  that  may  be   
required in order to obtain this information;

(3) Consent to the disclosure of this information; and

(4) Consent to the donation of any of my organs for medical purposes.

*(If  you  want  to  limit  the  authority  of  your  agent  to  receive  and  disclose  information*  
*relating  to  your  health,  you  must  state  the  limitations  in  paragraph  4,  "Statement  of*  
*Desires, Special Provisions, and Limitations", above.)*

B.

HIPAA Release Authority

Living Will and Durable Power of Attorney for Health Care   
 Page 5 of 7

My  agent  shall  be  treated  as  I  would  be  with  respect  to  my  rights  regarding  the   
use  and  disclosure  of  my  individually  identifiable  health  information  or  other   
medical  records.  This  release  authority  applies  to  any  information  governed  by   
the  Health  Insurance  Portability  and  Accountability  Act  of  1996  (HIPAA),  42   
U.S.C.  1320d  and  45  CFR  160  through164.    I  authorize  any  physician,  health   
care  professional,  dentist,  health  plan,  hospital,  clinic,  laboratory,  pharmacy,  or   
other  covered  health  care  provider,  any  insurance  company,  and  the  Medical   
Information  Bureau,  Inc.  or  other  health  care  clearinghouse  that  has  provided   
treatment or services to me, or that has paid for or is seeking payment from me   
for  such  services,  to  give,  disclose  and  release  to  my  agent,  without  restriction,   
all of my individually identifiable health information and medical records regarding

**WAIVERS, AND RELEASES**

any  past,  present  or  future  medical  or  mental  health  condition,    including    all     
information relating to the diagnosis of HIV/AIDS, sexually transmitted diseases,   
mental  illness,  and  drug  or  alcohol  abuse.  The  authority  given  my  agent  shall

supersede  any  other  agreement  that  I  may  have  made  with  my  health  care   
providers  to  restrict  access  to  or  disclosure  of  my  individually  identifiable  health   
information.    The  authority  given  my  agent  has  no  expiration  date  and  shall

expire only in the event that I revoke the authority in writing and deliver it to my   
health care provider.

**6.      SIGNING DOCUMENTS,**

Where necessary to implement the health care decisions that my agent is authorized by   
this Directive to make, my agent has the power and authority to execute on my behalf   
all of the following:

(a)

(b)

Documents  titled,  or  purporting  to  be,  a  "Refusal  to  Permit  Treatment"   
and/or a "Leaving Hospital Against Medical Advice"; and

Any  necessary  waiver  or  release  from  liability  required  by  a  hospital  or   
physician.

**7.**

**DESIGNATION OF ALTERNATE AGENTS**

*(You  are  not  required  to  designate  any  alternate  agents  but  you  may  do  so.  Any*  
*alternate  agent  you  designate  will  be  able  to  make  the  same  health  care  decisions  as*

*the  agent  you  designated  in  paragraph  1  above,  in  the  event  that  agent  is  unable  or*  
*ineligible to act as your agent.  If an alternate agent you designate is your spouse, he or*

*she becomes ineligible to act as your agent if your marriage is thereafter dissolved.)*

If  the  person  designated  as  my  agent  in  paragraph  1  is  not  available  or  becomes   
ineligible to act as my agent to make a health care decision for me or loses the mental   
capacity to make health care decisions for me, or if I revoke that person's appointment   
or authority to act as my agent to make health care decisions for me, then I designate   
and appoint the following persons to serve as my agent to make health care decisions   
for me as authorized in this Directive, such persons to serve in the order listed below:

Living Will and Durable Power of Attorney for Health Care   
 Page 6 of 7

ooxWord://word/media/image19.pngooxWord://word/media/image20.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.pngooxWord://word/media/image29.pngooxWord://word/media/image30.pngA.

First Alternate Agent

Name:

Address:

Telephone Number:

B.

Second Alternate Agent

Name:

Address:

Telephone Number:

C.

Third Alternate Agent

Name:

Address:

Telephone Number:

**8.**

**PRIOR DESIGNATIONS REVOKED**

I revoke any prior durable power of attorney for health care.

DATE AND SIGNATURE OF PRINCIPAL

*(You must date and sign this Living Will and Durable Power of Attorney for Health*  
*Care.)*

I sign my name to this Statutory Form Living Will and Durable Power of Attorney for   
Health Care on the date set forth at the beginning of this Form at:

(Signature)

(City, State)