**NEW YORK ATTORNEY GENERAL - ADVANCE DIRECTIVE**
 **(MEDICAL POA, LIVING WILL, MOLST)**

**(1)**

1,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

hereby appoint

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(name, home address and telephone number)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the
extent that I state otherwise. This proxy shall take effect only when and if I become
unable to make my own health care decisions.

**(2)**

**Optional: Alternate Agent**

If the person I appoint is unable, unwilling or unavailable to act as my health care agent, I
hereby appoint

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(name, home address and telephone number)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

as my health care agent to make any and all health care decisions for me, except to the
extent that I state otherwise.

**(3)**

Unless I revoke it or state an expiration date or circumstances under which it will expire,
this proxy shall remain in effect indefinitely. (Optional: If you want this proxy to expire,
state the date or conditions here.) This proxy shall expire (specify date or conditions):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19

**(4)**

Optional: I direct my health care agent to make health care decisions according to my
wishes and limitations, as he or she knows or as stated below. (If you want to limit your
agent’s authority to make health care decisions for you or to give specific instructions,
you may state your wishes or limitations here.) I direct my health care agent to make
health care decisions in accordance with the following limitations and/or instructions
(attach additional pages as necessary):
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In order for your agent to make health care decisions for you about artificial nutrition and
hydration (nourishment and water provided by feeding tube and intravenous line), your
agent must reasonably know your wishes. You can either tell your agent what your
wishes are or include them in this section. See instructions for sample language that you
could use if you choose to include your wishes on this form, including your wishes about

artificial nutrition and hydration.

**(5)**

**Your Identification (please print)**

Your Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Your Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Your Address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(6)**

**Optional: Organ and/or Tissue Donation**

I hereby make an anatomical gift, to be effective upon my death, of: (check any that
apply)

Any needed organs and/or tissues

The following organs and/or tissues\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

          Limitations\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If you do not state your wishes or instructions about organ and/or tissue donation on this
form, it will not be taken to mean that you do not wish to make a donation or prevent a
person, who is otherwise authorized by law, to consent to a donation on your behalf.

Your Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20

**(7)**

**Statement by Witnesses***(Witnesses must be 18 years of age or older and cannot be the*
*health care agent or alternate.)*

I declare that the person who signed this document is personally known to me and
appears to be of sound mind and acting of his or her own free will. He or she signed (or
asked another to sign for him or her) this document in my presence.

Date                                                 Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name of Witness 1

Name of Witness 2

(print) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(print)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21

 **NEW YORK**

YOU MAY INITIAL

SPECIFIC TREATMENTS

YOU WOULD LIKE

WITHHELD

WITH EITHER CHOICE,

© 2005 National Hospice

YOU MAY WRITE YOUR

and Palliative Care

INITIAL ONLY ONE

OWN DIRECTIONS ON

Organization.

CHOICE: (a) OR (b)

THE NEXT PAGE

2019 Revised.

 **LIVING WILL – PAGE 1 OF 4**
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

PART II

This Living Will has been prepared to conform to the law in the State of
New York, and is intended to be “clear and convincing” evidence of my

wishes regarding the health care decisions I have indicated below.

PRINT YOUR NAME

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, being of
sound mind, make this statement as a directive to be followed if I become

unable to participate in decisions regarding my medical care. These
instructions reflect my firm and settled commitment to regarding health
care under the circumstances indicated below:

LIFE-SUSTAINING TREATMENTS

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: (**Initial only one box**)

[

 ] (a) **Choice NOT To Prolong Life**

IF YOU DO NOT AGREE

IF YOU INITIAL BOX (a),

I do not want my life to be prolonged if I should be in an incurable or
irreversible mental or physical condition with no reasonable expectation of

recovery, including but not limited to: (a) a terminal condition; (b) a
permanently unconscious condition; or (c) a minimally conscious condition

in which I am permanently unable to make decisions or express my
wishes.  While I understand that I am not legally required to be specific

about future treatments if I am in the condition(s) described above I feel
especially strongly about the following forms of treatment:

 I do not want cardiac resuscitation.

  I do not want mechanical respiration.

  I do not want artificial nutrition and hydration.

  I do not want antibiotics.

OR

[     ] (b) **Choice To Prolong Life**

I want my life to be prolonged as long as possible within the limits
of generally accepted health care standards.

 **NEW YORK**

ATTACH ADDITIONAL

THESE INSTRUCTIONS

ADD OTHER

ADD ADDITIONAL

PAGES IF NEEDED

CAN FURTHER ADDRESS

YOUR HEALTH CARE

PLANS, SUCH AS YOUR

WISHES REGARDING

HOSPICE TREATMENT,

OTHER ADVANCE

and Palliative Care

ONLY IF YOU WANT TO

REGARDING YOUR

PLANNING ISSUES, SUCH

Organization.

LIMIT PAIN RELIEF

ADVANCE CARE PLANS

AS YOUR BURIAL WISHES

2019 Revised.

 **LIVING WILL – PAGE 2 OF 4**
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

RELIEF FROM PAIN:

Except as I state in the following space, I direct that treatment for
alleviation of pain or discomfort should be provided at all times even if it
hastens my death:

INSTRUCTIONS HERE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTHER WISHES:

(If you do not agree with any of the optional choices above and wish to
write your own, or if you wish to add to the instructions you have given
above, you may do so here.) I direct that:

INSTRUCTIONS, IF ANY,

BUT CAN ALSO ADDRESS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

These directions express my legal right to refuse treatment, under the law
of New York. I intend my instructions to be carried out unless I have
rescinded them in a new writing or by clearly indicating that I have
changed my mind.

© 2005 National Hospice

My agent, if I have appointed one in Part I or elsewhere, has full authority
to resolve any question regarding my health care decisions, as recorded in
this document or otherwise, and what my choices may be.

ORGAN

STRIKE THROUGH ANY

TO

© 2005 National Hospice

AGREES WITH YOUR

and Palliative Care

DONATION

WISHES ABOUT ORGAN

Organization.

(OPTIONAL)

DONATION

2019 Revised.

 **NEW YORK**

 **LIVING WILL – PAGE 3 of 4**
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

OPTIONAL ORGAN DONATION:

INITIAL THE BOX THAT

Upon my death: (initial only one applicable box)

INITIAL ONLY ONE

[

 ] (a) I do not give any of my organs, tissues, or parts and do
 not want my agent, guardian, or family to make a
 donation on my behalf;

[

 ] (b) I give any needed organs, tissues, or parts;

OR

[

 ] (c) I give the following organs, tissues, or parts only:

USES YOU DO NOT AGREE

\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_

My gift, if I have made one, is for the following
purposes: (initial any of the following you **do not** want)

[       ] - Transplant
[       ] - Therapy

[       ] - Research
[       ] - Education

 **NEW YORK**

YOUR

SIGN AND DATE

WITNESSES

THE DOCUMENT

MUST SIGN AND DATE

AND

ADDRESSES HERE

AND

© 2005 National Hospice

ADDRESS

and Palliative Care

WITNESSING

Organization.

PROCEDURE

2019 Revised.

 **LIVING WILL – PAGE 4 of 4**
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

PART III

**Part III. Execution**

Signed \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AND PRINT YOUR NAME

Print Name

Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I declare that the person who signed this document appeared to execute
the living will willingly and free from duress. He or she signed (or asked

another to sign for him or her) this document in my presence.

**Witness 1**

Signed \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Print Name

Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRINT THEIR NAMES AND

**Witness 2**

Signed \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Print Name

Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

**Medical**

**Orders** **for**

**Treatment**

**(MOLST)**

Male

Female

**Life­Sustaining**

**THE** **PATIENT** **KEEPS** **THE** **OR IGINAL** **MOLST** **FORM** **DUR ING** **TRAVEL** **TO** **D IFFERENT** **CARE** **SETTINGS.** **THE** **PHYSIC IAN** **KEEPS** **A** **COPY.**

LAST NAME/FIRST NAME/MIDDLE INITIAL OF PATIENT

ADDRESS

CITY/STATE/ZIP

DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

eMOLST NUMBER  **(THIS** **IS** **NOT** **AN** **eMOLST** **FORM)**

**Do­Not­Resuscitate** **(DNR)** **and** **Other** **Life­Sustaining** **Treatment** **(LST)**

This is a medical order form that tells others the patient’s wishes for life­sustaining treatment. A health care professional must complete or change the MOLST
form, based on the patient’s current medical condition, values, wishes and MOLST Instructions. If the patient is unable to make medical decisions, the orders

should reflect patient wishes, as best understood by the health care agent or surrogate. A physician must sign the MOLST form. All health care professionals must
follow these medical orders as the patient moves from one location to another, unless a physician examines the patient, reviews the orders and changes them.

**MOLST** **is** **generally** **for** **patients** **with** **serious** **health** **conditions.** **The** **patient** **or** **other** **decision­maker** **should** **work** **with** **the** **physician** **and** **consider** **asking**
**the** **physician** **to** **fill** **out** **a** **MOLST** **form** **if** **the** **patient:**

 • Wants to avoid or receive any or all life­sustaining treatment.

 • Resides in a long­term care facility or requires long­term care services.
 • Might die within the next year.

**If** **the** **patient** **has** **a** **developmental** **disability** **and** **does** **not** **have** **ability** **to** **decide,** **the** **doctor** **must** **follow** **special** **procedures** **and** **attach** **the** **appropriate**
**legal** **requirements** **checklist.**

**SECTION** **A**

**Resuscitation** **Instructions** **When** **the** **Patient** **Has** **No** **Pulse** **and/or** **Is** **Not** **Breathing**

*Check* *one:*

**CPR** **Order:** **Attempt** **Cardio­Pulmonary** **Resuscitation**

CPR involves artificial breathing and forceful pressure on the chest to try to restart the heart. It usually involves electric shock (defibrillation) and a
plastic tube down the throat into the windpipe to assist breathing (intubation). It means that all medical treatments will be done to prolong life when

the heart stops or breathing stops, including being placed on a breathing machine and being transferred to the hospital.

**DNR** **Order:** **Do** **Not** **Attempt** **Resuscitation** **(Allow** **Natural** **Death)**

This means do not begin CPR, as defined above, to make the heart or breathing start again if either stops.

**SECTION** **B**

**Consent** **for** **Resuscitation** **Instructions** **(Section** **A)**

The patient can make a decision about resuscitation if he or she has the ability to decide about resuscitation. If the patient does NOT have the ability to
decide about resuscitation and has a health care proxy, the health care agent makes this decision. If there is no health care proxy, another person will

decide, chosen from a list based on NYS law.

SIGNATURE

Check if verbal consent (Leave signature line blank)

DATE/TIME

PRINT NAME OF DECISION­MAKER

PRINT FIRST WITNESS NAME

PRINT SECOND WITNESS NAME

**Who** **made** **the** **decision?**

Patient

Health Care Agent

Public Health Law Surrogate

Minor’s Parent/Guardian

§1750­b Surrogate

**SECTION** **C**

**Physician** **Signature** **for** **Sections** **A** **and** **B**

PHYSICIAN SIGNATURE

PRINT PHYSICIAN NAME

DATE/TIME

PHYSICIAN LICENSE NUMBER

PHYSICIAN PHONE/PAGER NUMBER

**SECTION** **D**

**Advance** **Directives**

*Check* *all* *advance* *directives* *known* *to* *have* *been* *completed:*

Health Care Proxy

Living Will

Organ Donation

Documentation of Oral Advance Directive

DOH­5003 (6/10) Page 1 of 4

*HIPAA* *permits*

*disclosure* *of*

*MOLST*

*to*

*other* *health* *care* *professionals*

*&* *electronic* *registry* *as* *necessary* *for* *treatment.*

**THE** **PATIENT** **KEEPS** **THE** **OR IGINAL** **MOLST** **FORM** **DUR ING** **TRAVEL** **TO** **D IFFERENT** **CARE** **SETTINGS.** **THE** **PHYSIC IAN** **KEEPS** **A** **COPY.**

Patient

**Artificially** **Administered** **Fluids** **and** **Nutrition** When a patient can no longer eat or drink, liquid food or fluids can be given by a tube inserted in the

**Treatment** **Guidelines** No matter what else is chosen, the patient will be treated with dignity and respect, and health care providers will offer

LAST NAME/FIRST NAME/MIDDLE INITIAL OF PATIENT

DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

**SECTION** **E**

**Orders** **For** **Other** **Life­Sustaining** **Treatment** **and** **Future** **Hospitalization**
**When** **the** **Patient** **has** **a** **Pulse** **and** **the** **Patient** **is** **Breathing**

Life­sustaining treatment may be ordered for a trial period to determine if there is benefit to the patient. If a life­sustaining treatment is started, but turns
out not to be helpful, the treatment can be stopped.

comfort measures. *Check* *one:*

**Comfort** **measures** **only** Comfort measures are medical care and treatment provided with the primary goal of relieving pain and other symptoms and
reducing suffering. Reasonable measures will be made to offer food and fluids by mouth. Medication, turning in bed, wound care and other measures

will be used to relieve pain and suffering. Oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction will be used as needed for comfort.

**Limited** **medical** **interventions** The patient will receive medication by mouth or through a vein, heart monitoring and all other necessary treatment,
based on MOLST orders.

**No** **limitations** **on** **medical** **interventions** The patient will receive all needed treatments.

**Instructions** **for** **Intubation** **and** **Mechanical** **Ventilation** *Check* *one:*

**Do** **not** **intubate** **(DNI)** Do not place a tube down the patient’s throat or connect to a breathing machine that pumps air into and out of lungs. Treatments
are available for symptoms of shortness of breath, such as oxygen and morphine. (This box should **not** be checked if full CPR is checked in Section A.)

**A** **trial** **period** *Check* *one* *or* *both:*

**Intubation** **and** **mechanical** **ventilation**

**Noninvasive** **ventilation** **(e.g.** **BIPAP),** **if** **the** **health** **care** **professional** **agrees** **that** **it** **is** **appropriate**

**Intubation** **and** **long­term** **mechanical** **ventilation,** **if** **needed** Place a tube down the patient’s throat and connect to a breathing machine as long as
it is medically needed.

**Future** **Hospitalization/Transfer** *Check* *one:*

**Do** **not** **send** **to** **the** **hospital** **unless** **pain** **or** **severe** **symptoms** **cannot** **be** **otherwise** **controlled.**

**Send** **to** **the** **hospital,** **if** **necessary,** **based** **on** **MOLST** **orders.**

stomach or fluids can be given by a small plastic tube (catheter) inserted directly into the vein. If a patient chooses not to have either a feeding tube or IV
fluids, food and fluids are offered as tolerated using careful hand feeding. *Check* *one* *each* *for* *feeding* *tube* *and* *IV* *fluids:*

**No** **feeding** **tube**

**A** **trial** **period** **of** **feeding** **tube**
**Long­term** **feeding** **tube,** **if** **needed**

**No** **IV** **fluids**

**A** **trial** **period** **of** **IV** **fluids**

**Antibiotics** *Check* *one:*

**Do** **not** **use** **antibiotics.** Use other comfort measures to relieve symptoms.

**Determine** **use** **or** **limitation** **of** **antibiotics** **when** **infection** **occurs.**

**Use** **antibiotics** to treat infections, if medically indicated.

**Other** **Instructions** about starting or stopping treatments discussed with the doctor or about other treatments not listed above (dialysis, transfusions, etc.).

**Consent** **for** **Life­Sustaining** **Treatment** **Orders** **(Section** **E)** (Same as Section B, which is the consent for Section A)

SIGNATURE

Check if verbal consent (Leave signature line blank)

DATE/TIME

PRINT NAME OF DECISION­MAKER

PRINT FIRST WITNESS NAME

PRINT SECOND WITNESS NAME

**Who** **made** **the** **decision?**

 Health Care Agent

Based on clear and convincing evidence of patient’s wishes

Public Health Law Surrogate

Minor’s Parent/Guardian

§1750­b Surrogate

**Physician** **Signature** **for** **Section** **E**

PHYSICIAN SIGNATURE

PRINT PHYSICIAN NAME

DATE/TIME

DOH­5003 (6/10) Page 2 of 4

*This* *MOLST*

*form* *has* *been* *approved* *by* *the* *NYSDOH* *for* *use*

*in* *all*

*settings.*

**THE** **PATIENT** **KEEPS** **THE** **OR IGINAL** **MOLST** **FORM** **DUR ING** **TRAVEL** **TO** **D IFFERENT** **CARE** **SETTINGS.** **THE** **PHYSIC IAN** **KEEPS** **A** **COPY.**

LAST NAME/FIRST NAME/MIDDLE INITIAL OF PATIENT

DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

**SECTION** **F**

**Review** **and** **Renewal** **of** **MOLST** **Orders** **on** **This** **MOLST** **Form**

**The** **physician** **must** **review** **the** **form** **from** **time** **to** **time** **as** **the** **law** **requires,** **and** **also:**
 • If the patient moves from one location to another to receive care; or

 • If the patient has a major change in health status (for better or worse); or

 • If the patient or other decision­maker changes his or her mind about treatment.

**Date/Time**

**Reviewer’s** **Name**
 **and** **Signature**

 **Location** **of** **Review**
**(e.g.,** **Hospital,** **NH,** **Physician’s**

**Office)**

**Outcome** **of** **Review**

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

DOH­5003 (6/10) Page 3 of 4

**THE** **PATIENT** **KEEPS** **THE** **OR IGINAL** **MOLST** **FORM** **DUR ING** **TRAVEL** **TO** **D IFFERENT** **CARE** **SETTINGS.** **THE** **PHYSIC IAN** **KEEPS** **A** **COPY.**

LAST NAME/FIRST NAME/MIDDLE INITIAL OF PATIENT

DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

**SECTION** **F**

**Review** **and** **Renewal** **of** **MOLST** **Orders** **on** **This** **MOLST** **Form** *Continued* *from* *Page* *3*

**Date/Time**

**Reviewer’s** **Name**
 **and** **Signature**

 **Location** **of** **Review**
**(e.g.,** **Hospital,** **NH,** **Physician’s**

**Office)**

**Outcome** **of** **Review**

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

No change

Form voided, new form completed
Form voided, **no** new form

DOH­5003  (6/10)  Page 4 of 4