**STATE OF SOUTH CAROLINA**

COUNTY OF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

)
)

)

**DECLARATION OF A DESIRE FOR A**

  **NATURAL DEATH**

I, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Declarant, being at least eighteen years of age and a resident of and
domiciled in the City of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, County of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, State of South

Carolina, make this Declaration this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

I willfully and voluntarily make known my desire that no life-sustaining procedures be used to
prolong my dying if my condition is terminal or if I am in a state of permanent unconsciousness,

and I declare: If at any time I have a condition certified to be a terminal condition by two physicians
who have personally examined me, one of whom is my attending physician, and the physicians

have determined that my death could occur within a reasonably short period of time without the
use of life-sustaining procedures or if the physicians certify that I am in a state of permanent

unconsciousness and where the application of life-sustaining procedures would serve only to
prolong the dying process, I direct that the procedures be withheld or withdrawn, and that I be

permitted to die naturally with only the administration of medication or the performance of any
medical procedure necessary to provide me with comfort care.

**INSTRUCTIONS CONCERNING ARTIFICIAL NUTRITION AND HYDRATION**

**INITIAL ONE OF THE FOLLOWING STATEMENTS**

1.  If my condition is terminal and could result in death within a reasonably short time,

A.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_I direct that nutrition and hydration BE PROVIDED through any medically
indicated means, including medically or surgically implanted tubes.

B.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_I direct that nutrition and hydration NOT BE PROVIDED through any
medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes.

The following line is not part of the standard South Carolina form.  It has been added at the
request of many people as a point of clarification.  If you do want it to apply, please initial the

line below:

C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nevertheless, I do want treatment to ensure my comfort and to relieve pain
and suffering and minimal intravenous fluids to avoid discomfort.

**INITIAL ONE OF THE FOLLOWING STATEMENTS**

2.  If I am in a persistent vegetative state or other condition of permanent unconsciousness,

A.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_I direct that nutrition and hydration BE PROVIDED through any medically
indicated means, including medically or surgically implanted tubes.

B.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_I direct that nutrition and hydration NOT BE PROVIDED through any
medically indicated means, including medically or surgically implanted tubes.

IS

REVOCATION

A

HOWEVER,

METHODS.

The following line is not part of the standard South Carolina form.  It has been added at the
request of many people as a point of clarification.  If you do want it to apply, please initial the

line below:

C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nevertheless, I do want treatment to ensure my comfort and to relieve pain
and suffering and minimal intravenous fluids to avoid discomfort.

3.  In the absence of my ability to give directions regarding the use of life-sustaining procedures,
it is my intention that this Declaration be honored by my family and physicians and any health

facility in which I may be a patient as the final expression of my legal right to refuse medical or
surgical treatment, and I accept the consequences from the refusal.

4.  I am aware that this Declaration authorizes a physician to withhold or withdraw life-
sustaining procedures.  I am emotionally and mentally competent to make this Declaration.

 **APPOINTMENT OF AN AGENT (OPTIONAL)**

1.  You may give another person authority to revoke this declaration on your behalf. If you wish
to do so, please enter that person's name in the space below.

Name of Agent with Power to Revoke:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.  You may give another person authority to enforce this declaration on your behalf. If you wish
to do so, please enter that person's name in the space below.

Name of Agent with Power to Enforce:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Address:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone Number:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REVOCATION PROCEDURES**

THIS  DECLARATION  MAY  BE  REVOKED  BY  ANY  ONE  OF  THE  FOLLOWING

 NOT
COMMUNICATED TO THE ATTENDING PHYSICIAN.

EFFECTIVE

UNTIL

IT

IS

(1) BY BEING DEFACED, TORN, OBLITERATED, OR OTHERWISE DESTROYED, IN
EXPRESSION OF YOUR INTENT TO REVOKE, BY YOU OR BY SOME PERSON IN

YOUR PRESENCE AND BY YOUR DIRECTION. REVOCATION BY DESTRUCTION OF
ONE OR MORE OF MULTIPLE ORIGINAL DECLARATIONS REVOKES ALL OF THE

ORIGINAL DECLARATIONS;

(2) BY A WRITTEN REVOCATION SIGNED AND DATED BY YOU EXPRESSING YOUR
INTENT TO REVOKE;

 THE
DECLARATION.  AN ORAL REVOCATION COMMUNICATED TO THE ATTENDING

the

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

and

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

We,

STATE OF SOUTH CAROLINA

AN

SO.

DO

TO

INCOMPETENT

REVOKE

TO

INTENT

YOUR

OF

EXPRESSION

ORAL

YOUR

BY

(3)

PHYSICIAN BY A PERSON OTHER THAN YOU IS EFFECTIVE ONLY IF:

(A) THE PERSON WAS PRESENT WHEN THE ORAL REVOCATION WAS MADE;

(B) THE REVOCATION WAS COMMUNICATED TO THE PHYSICIAN WITHIN A
REASONABLE TIME;

(C) YOUR PHYSICAL OR MENTAL CONDITION MAKES IT IMPOSSIBLE FOR
THE  PHYSICIAN  TO  CONFIRM  THROUGH  SUBSEQUENT  CONVERSATION

WITH YOU THAT THE REVOCATION HAS OCCURRED.

TO BE EFFECTIVE AS A REVOCATION, THE ORAL EXPRESSION CLEARLY MUST
INDICATE YOUR DESIRE THAT THE DECLARATION NOT BE GIVEN EFFECT OR

THAT LIFE-SUSTAINING PROCEDURES BE ADMINISTERED;

(4) IF YOU, IN THE SPACE ABOVE, HAVE AUTHORIZED AN AGENT TO REVOKE THE
DECLARATION, THE AGENT MAY REVOKE ORALLY OR BY A WRITTEN, SIGNED,

AND  DATED  INSTRUMENT.    AN  AGENT  MAY  REVOKE  ONLY  IF  YOU  ARE

 AGENT
PERMANENTLY OR TEMPORARILY.

MAY

REVOKE

THE

DECLARATION

(5) BY YOUR EXECUTING ANOTHER DECLARATION AT A LATER TIME.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Declarant

COUNTY OF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 )

     )
 )

**AFFIDAVIT**

 undersigned
witnesses to the foregoing Declaration, dated this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_, at

least one of us being first duly sworn, declare to the undersigned authority, on the basis of our best
information and belief, that the Declaration was on that date signed by the Declarant as and for his

DECLARATION OF A DESIRE FOR A NATURAL DEATH in our presence and we, at her
request and in her presence, and in the presence of each other, subscribe our names as witnesses

on that date. The Declarant is personally known to us, and we believe her to be of sound mind.
Each of us affirms that he/she is qualified as a witness to this Declaration under the provisions of the

South Carolina Death With Dignity Act in that he/she is not related to the Declarant by blood,
marriage, or adoption, either as a spouse, lineal ancestor, descendant of the parents of the

Declarant, or spouse of any of them; nor directly financially responsible for the Declarant's
medical care; nor entitled to any portion of the Declarant's estate upon his decease, whether under

any will or as an heir by intestate succession; nor the beneficiary of a life insurance policy of the
Declarant; nor the Declarant's attending physician; nor an employee of the attending physician;

nor a person who has a claim against the Declarant's decedent's estate as of this time. No more
than one of us is an employee of a health facility in which the Declarant is a patient.  If the

Declarant is a resident in a hospital or nursing care facility at the date of execution of this
Declaration, at least one of us is an ombudsman designated by the State Ombudsman, Office of the

Governor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Witness

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Witness

Subscribed, sworn to, and acknowledged before me by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, the Declarant, and
subscribed and sworn to before me by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

the witnesses, this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SEAL)
Notary Public for South Carolina

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

 HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY

6.

DO

YOU

THAT

DOCUMENT

THIS

IN

ANYTHING

IS

THERE

IF

5.

4.

3.

2.

YOU

UNLESS

TREATMENT.

LIFE-SUSTAINING

ABOUT

DECISIONS

1.

(South Carolina Statutory Form, Code of Laws Section 62-5-504)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Name**

**INFORMATION ABOUT THIS DOCUMENT**

THIS IS AN IMPORTANT LEGAL DOCUMENT, BEFORE SIGNING THIS DOCUMENT,
YOU SHOULD KNOW THESE IMPORTANT FACTS:

 THIS DOCUMENT GIVES THE PERSON YOU NAME AS YOUR AGENT THE
POWER TO MAKE HEALTH CARE DECISIONS FOR YOU IF YOU CANNOT MAKE THE

DECISION  FOR  YOURSELF.    THIS  POWER  INCLUDES  THE  POWER  TO  MAKE

 STATE
OTHERWISE,  YOUR  AGENT  WILL  HAVE  THE  SAME  AUTHORITY  TO  MAKE

DECISIONS ABOUT YOUR HEALTH CARE AS YOU WOULD HAVE.

 THIS POWER IS SUBJECT TO ANY LIMITATIONS OR STATEMENTS OF YOUR
DESIRES THAT YOU INCLUDE IN THIS DOCUMENT.  YOU MAY STATE IN THIS

DOCUMENT ANY TREATMENT YOU DO NOT DESIRE OR TREATMENT YOU WANT
TO BE SURE YOU RECEIVE.  YOUR AGENT WILL BE OBLIGATED TO FOLLOW

YOUR INSTRUCTIONS WHEN MAKING DECISIONS ON YOUR BEHALF.  YOU MAY
ATTACH  ADDITIONAL  PAGES  IF  YOU  NEED  MORE  SPACE  TO  COMPLETE  THE

STATEMENT.

 AFTER YOU HAVE SIGNED THIS DOCUMENT, YOU HAVE THE RIGHT TO
MAKE  HEALTH  CARE  DECISIONS  FOR  YOURSELF  IF  YOU  ARE  MENTALLY

COMPETENT  TO  DO  SO.    AFTER  YOU  HAVE  SIGNED  THIS  DOCUMENT,  NO
TREATMENT MAY BE GIVEN TO YOU OR STOPPED OVER YOUR OBJECTION IF

YOU ARE MENTALLY COMPETENT TO MAKE THAT DECISION.

 YOU HAVE THE RIGHT TO REVOKE THIS DOCUMENT, AND TERMINATE
YOUR  AGENT’S  AUTHORITY,  BY  INFORMING  EITHER  YOUR  AGENT  OR  YOUR

HEALTH CARE PROVIDER ORALLY OR IN WRITING.

 NOT
UNDERSTAND,  YOU  SHOULD  ASK  A  SOCIAL  WORKER,  LAWYER,  OR  OTHER

PERSON TO EXPLAIN IT TO YOU.

 THIS POWER OF ATTORNEY WILL NOT BE VALID UNLESS TWO PERSONS
SIGN AS WITNESSES.  EACH OF THESE PERSONS MUST EITHER WITNESS YOUR

SIGNING OF THE POWER OF ATTORNEY OR WITNESS YOUR ACKOWLEDGMENT
THAT THE SIGNATURE OF THE POWER OF ATTORNEY IS YOURS.

THE FOLLOWING PERSONS MAY NOT ACT AS A WITNESS:

1

A.

8.

7.

AND

SIBLINGS

YOUR

ANCESTORS;

LINEAL

AND

GRANDCHILDREN,

CHILDREN,

YOUR

SPOUSE,

YOUR

 OTHER
LINEAL DECENDANTS; YOUR PARENTS, GRANDPARENTS, AND OTHER

 THEIR
DESCENDANTS; OR A SPOUSE OF ANY OF THESE PERSONS.

LINEAL

B.

A PERSON WHO IS DIRECTLY FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR YOUR
MEDICAL CARE.

C.

A PERSON WHO IS NAMED IN YOUR WILL, OR, IF YOU HAVE NO WILL,
WHO WOULD INHERIT YOUR PROPERTY BY INTESTATE SUCCESSION.

D.

A BENEFICIARY OF A LIFE INSURANCE POLICY ON YOUR LIFE.

E.

THE PERSONS NAMED IN THE HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY AS
YOUR AGENT OR SUCCESSOR AGENT.

F.

YOUR PHYSICIAN OR AN EMPLOYEE OF YOUR PHYSICIAN.

G.

ANY PERSON WHO WOULD HAVE A CLAIM AGAINST ANY PORTION OF
YOUR ESTATE (PERSONS WHOM YOU OWE MONEY).

IF YOU ARE A PATIENT IN A HEALTH FACILITY, NO MORE THAN ONE WITNESS
MAY BE AN EMPLOYEE OF THAT FACILITY.

 YOUR AGENT MUST BE A PERSON WHO IS 18 YEARS OLD OR OLDER AND
OF SOUND MIND.  IT MAY NOT BE YOUR DOCTOR OR ANY OTHER HEALTH CARE

PROVIDER THAT IS NOW PROVIDING YOU WITH TREATMENT; OR AN EMPLOYEE
OF YOUR DOCTOR OR PROVIDER; OR A SPOUSE OF THE DOCTOR, PROVIDER, OR

EMPLOYEE; UNLESS THE PERSON IS A RELATIVE OF YOURS.

 YOU SHOULD INFORM THE PERSON THAT YOU WANT HIM OR HER TO BE
YOUR HEALTH CARE AGENT.  YOU SHOULD DISCUSS THIS DOCUMENT WITH

YOUR AGENT AND YOUR PHYSICIAN AND GIVE EACH A SIGNED COPY.  IF YOU
ARE IN A HEALTH CARE FACILITY OR A NURSING CARE FACILITY, A COPY OF

THIS DOCUMENT SHOULD BE INCLUDED IN YOUR MEDICAL RECORD

END OF INFORMATION ABOUT THIS DOCUMENT

2

STATE OF SOUTH CAROLINA

COUNTY OF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

)
)

)

DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR

   HEALTH CARE FOR

             **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Name**

1.

DESIGNATION OF HEALTH CARE AGENT.

I, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, hereby appoint:

**Name:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Home Telephone:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Work Telephone:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Cell Telephone:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

as my Agent to make health care decisions for me as authorized in this document.

Successor Agent:  If an agent named by me dies, becomes legally disabled, resigns, refuses to
act, becomes unavailable, or if an agent who is my spouse is divorced or separated from me, I

name the following as successors to my agent, each to act alone and successively, in the order
named:

a.

First Alternate Agent:

Name:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Address:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone:  Home:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; Work: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b.

Second Alternate Agent:

Name:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Address:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telephone:  Home: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Work: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unavailability of Agent(s):  If at any relevant time the agent or successor agents named here are
unable or unwilling to make decisions concerning my health care, and those decisions are to be

made by a guardian, by the Probate Court, or by a surrogate pursuant to the Adult Health Care
Consent Act, it is my intention that the guardian, Probate Court, or surrogate make those

decisions in accordance with my directions as stated in this document.

2.

EFFECTIVE DATE AND DURABILITY.

By this document I intend to create a durable power of attorney effective upon, and only during,
any period of mental incompetence, except as provided in Paragraph 3 below.

3

3.

D.

C.

B.

A.

HIPPA AUTHORIZATION.

When considering or making health care decisions for me, all individually identifiable health
information and medical records shall be released without restriction to my health care agent(s)

and/or my alternate health care agent(s) named above including, but not limited to, (i) diagnostic,
treatment,  other  health  care,  and  related  insurance  and  financial  records  and  information

associated with any past, present, or future physical or mental health condition including, but not
limited to, diagnosis or treatment of HIV/AIDS, sexually transmitted disease(s), mental illness,

and/or drug or alcohol abuse and (ii) any written opinion relating to my health that such health
care agent(s) and/or alternative health care agent(s) may have requested.  Without limiting the

generality of the foregoing, this release authority applies to all health information and medical
records governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA),

42 USC 1320(d) and 45 CFR 160-164; is effective whether or not I am mentally competent; has
no expiration date; and shall terminate only in the event that I revoke the authority in writing and

deliver it to my health care provider.

4.

AGENT’S POWER

I grant to my agent full authority to make decisions for me regarding my health care.  In
exercising  this  authority,  my  agent  shall  follow  my  desires  as  stated  in  this  document  or

otherwise expressed by me or known to my agent.  In making any decision, my agent shall
attempt to discuss the proposed decision with me to determine my desires if I am able to

communicate in any way.  If my agent cannot determine the choice I would want made, then my
agent shall make a choice for me based upon what my agent believes to be in my best interests.

My agent’s authority to interpret my desires is intended to be as broad as possible, except for any
limitations I may state below.

Accordingly,  unless  specifically  limited  by  the  provisions  specified  below,  my  agent  is
authorized as follows:

 To consent, refuse, or withdraw consent to any and all types of medical care, treatment,
surgical procedures, diagnostic procedures, medication, and the use of mechanical or other

procedures that affect any bodily function, including, but not limited to, artificial respiration,
nutritional support and hydration, and cardiopulmonary resuscitation.

 To authorize, or refuse to authorize, any medication or procedure intended to relieve pain,
even though such use may lead to physical damage, addiction, or hasten the moment of, but not

intentionally cause, my death.

 To authorize my admission to or discharge, even against medical advice, from any
hospital, nursing care facility, or similar facility or service.

 To take another action necessary to making, documenting, and assuring implementation
of decisions concerning my health care, including, but not limited to, granting any waiver or

release from liability required by any hospital, physician, nursing care provider, or other health
care provider; signing any documents relating to refusals of treatment or the leaving of a facility

4

against medical advice, and pursuing any legal action in my name, and at the expense of my
estate to force compliance with my wishes as determined by my agent, or to seek actual or

E.

punitive damages for the failure to comply.

 The power granted above does not include the following powers or are subject to the
following rules or limitations:

5.

ORGAN DONATION (INITIAL ONLY ONE)

My agent may \_\_\_\_\_\_; may not \_\_\_\_\_\_ consent to the donation of all or any of my tissue or
organs for purposes of transplantation.

6.

EFFECT ON DECLARATION OF A DESIRE FOR A NATURAL DEATH (LIVING

WILL).

I understand that if I have a valid Declaration of a Desire for a Natural Death, the

instructions contained in the Declaration will be given effect in any situation to which they are
applicable.  My agent will have authority to make decisions concerning my health care only in

situations to which the Declaration does not apply.

7.

STATEMENT OF DESIRES CONCERNING LIFE SUSTAINING TREATMENT.

With respect to any Life-Sustaining Treatment, I direct the following:

(INITIAL ONLY ONE OF THE FOLLOWING 3 PARAGRAPHS)

(A)

\_\_\_\_\_\_\_ GRANT OF DISCRETION TO AGENT.  I do not want my life to be prolonged
nor do I want life-sustaining treatment to be provided or continued if my agent believes

the burdens of the treatment outweigh the expected benefits.  I want my agent to consider
the relief of suffering, my personal beliefs, the expense involved and the quality as well

as the possible extension of my life in making decisions concerning life-sustaining
treatment.

**OR**

(B)

\_\_\_\_\_\_\_ DIRECTIVE TO WITHHOLD OR WITHDRAW TREATMENT.  I do not
want my life to be prolonged and I do not want life-sustaining treatment:

1.

if I have a condition that is incurable or irreversible and, without the
administration of life-sustaining procedures, expected to result in death within a

relatively short period of time; or

2.

if I am in a state of permanent unconsciousness.

**OR**

5

(C)

A.

NECESSARY

\_\_\_\_\_\_\_ DIRECTIVE FOR MAXIMUM TREATMENT.  I want my life to be

prolonged  to  the  greatest  extent  possible,  within  the  standards  of  accepted  medical
practice, without regard to my condition, the chances I have for recovery, or the cost of

the procedures.

8.

STATEMENT OF DESIRES REGARDING TUBE FEEDING.

With respect to Nutrition and Hydration provided by means of a nasogastric tube or tube into the
stomach, intestines, or veins, I wish to make clear that in situations where life-sustaining

treatment is being withheld or withdrawn pursuant to Item 7, (INITIAL ONLY ONE OF THE

FOLLOWING THREE PARAGRAPHS):

(A)

\_\_\_\_\_\_\_ GRANT OF DISCRETION TO AGENT.  I do not want my life to be

prolonged by tube feeding if my agent believes the burdens of tube feeding outweigh the
expected benefits.  I want my agent to consider the relief of suffering, my personal

beliefs, the expense involved, and the quality as well as the possible extension of my life
in making this decision.

**OR**

(b
B)

\_\_\_\_\_\_\_ DIRECTIVE TO WITHHOLD OR WITHDRAW TUBE FEEDING.  I
do not want my life prolonged by tube feeding.

**OR**

(C)

\_\_\_\_\_\_\_ DIRECTIVE FOR PROVISION OF TUBE FEEDING.  I want tube feeding to
be provided within the standards of accepted medical practice, without regard to my

condition, the chances I have for recovery, or the cost of the procedure, and without
regard  to  whether  other  forms  of  life-sustaining  treatment  are  being  withheld  or

withdrawn.

IF YOU DO NOT INITIAL ANY OF THE STATEMENT IN ITEM 8, YOUR AGENT WILL
NOT  HAVE  THE  AUTHORITY  TO  DIRECT  THAT  NUTRITION  AND  HYDRATION

 FOR
WITHDRAWN.

YOUR

COMFORT

CARE

OR

ALLEVIATION

OF

PAIN

BE

9.

ADMINISTRATIVE PROVISIONS.

 I revoke any prior Health Care Power of Attorney and any provisions relating to health
care of any other power of attorney.

B.

This power of attorney is intended to be valid in any jurisdiction in which it is presented.

6

BY SIGNING HERE I INDICATE THAT I UNDERSTAND THE CONTENTS OF THIS
DOCUMENT AND THE EFFECT OF THIS GRANT OF POWERS TO MY AGENT.

I sign my name to this Health Care Power of Attorney on this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_.
My current home address is:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Signature:
Print Name:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, Principal

WITNESS STATEMENT

I declare, on the basis of information and belief, that the person who signed or acknowledged this
document (the Principal) is personally known to me, that she signed or acknowledged this Health

Care Power of Attorney in my presence, and that she appears to be of sound mind and under no
duress, fraud, or undue influence.  I am not related to the principal by blood, marriage, or

adoption, either as a spouse, a lineal ancestor, descendant of the parents of the principal, or
spouse of any of them.  I am not directly financially responsible for the Principal’s medical care.

I am not entitled to any portion of the Principal’s estate upon her decease, whether under any will
or as an heir by intestate succession, nor am I the beneficiary of an insurance policy on the

Principal’s life, nor do I have a claim against the Principal’s estate as of this time.  I am not the
Principal’s attending physician, nor an employee of the attending physician.  No more than one

witness is an employee of a health facility in which the Principal is a patient.  I am not appointed
as Health Care Agent or Successor Health Care Agent by this document.

Witness No. 1:

Signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, 20\_\_
Print Name:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;    Telephone:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Witness No. 2:

Signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, 20\_\_

Print Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  Telephone:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Address:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7

**Patient Last Name:**

Check everyone who participated in discussion:      Patient with decision-making capacity     Legal Representative     Other:

**Section E**

**Additional Orders:**

**Additional Orders:**

**Section**

**Additional Orders:**

**Comfort Measures Only.**Keep clean, warm and dry. Provide treatments to relieve pain and suffering

**Limited Treatment.** In addition to care described in Comfort Measures Only, use medical treatment,

**MEDICAL INTERVENTIONS:  If patient has pulse and/or is breathing.**

**Section**

**South Carolina**

**A**

*Only*

**Section**

***hospital for life-sustaining treatments. Transfer if comfort needs cannot be met in current location.***

**Section**

**Signature of Physician, Advanced Practice Registered Nurse, or Physician Assistant**

I am aware that this form is voluntary. I agree that adequate information has been provided and significant thought has been given to life-

**B**

**Treatment Plan: Provide treatments for comfort through symptom management.**

**C**

*Physician,*

My signature below indicates to the best of my knowledge that the patient has been diagnosed with a serious illness or, based upon a

*Signature of*

prolonging measures. Treatment preferences have been expressed to the physician, physician assistant, or advanced practice registered

**Treatment (POST)**

*Check One Box*

***to hospital and/or intensive care unit if indicated.***

***hospital, if indicated. Avoid ICU if possible.***

**Additional Orders:**

*Check One Box*

*Check One Box*

*APRN, or PA*

medical diagnosis, may be expected to lose capacity within 12 months, and that these orders are consistent with the patient’s medical

*Patient or Legal*

nurse and this document reflects those treatment preferences. *If signed by a legal representative, preferences expressed must reflect*

*Facilitator (if*

**Patient Mailing Address:**(street/city/state/zip)

**Patient’s Diagnosis:**

*Only*

**Treatment Plan: All treatments including breathing machine.**

**Treatment Plan: Provide basic medical treatments.**

*Only*

**ANTIBIOTICS**

*in Each Column*

condition, diagnosis, and preferences.

Physician/APRN/PA Signature: *(required)*

Physician/APRN/PA Name: *(print)*

*Representative*

*patient’s wishes as best understood by the legal representative.*

)

*applicable)*

Print Name:

Date: (MM/DD/YYYY)

**Patient First Name/MI:**

**Physician Orders for Scope of**

**Patient Date of Birth:**(MM/DD/YYYY)

**Social Security Number last 4 digits:**
(*Optional)* XXX-XX-

**Patient/Legal Representative**
**Phone Number:**

**Gender:       M       F       Other**

**CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR):  Unresponsive, pulseless, & not breathing.**

*Check One Box*

**Attempt Resuscitation/CPR**(Selecting CPR requires Full Treatment in Section **B**.)
**Do Not Attempt Resuscitation/DNR**(Allow Natural Death.)

 If patient is not incardiopulmonary
arrest, follow orders in**B**, **C** and **D.**

**Full Treatment.**In addition to care described in Comfort Measures Only and Limited Treatment, use
intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. ***Transfer***

antibiotics, IV fluids and cardiac monitor as indicated. No intubation, advanced airways interventions, or
mechanical ventilation. May consider less invasive airway support (e.g. CPAP, BiPAP). ***Transfer to***

through the use of any medication by any route, positioning, wound care and other measures. Use oxygen,
suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort**. *Patient prefers no transfer to***

Use antibiotics if life can be prolonged.

Determine use or limitation of antibiotics when infection occurs.
No antibiotics except for relief of pain and discomfort.

**ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION AND FLUIDS: Offer food and fluids by mouth if feasible.**

**D**

Long-term artificial nutrition by tube.

Trial period of artificial nutrition by tube.
Do not insert feeding tube.

Decide when/if the situation arises.

      Long-term IV fluids.

     Trial period of IV fluids.

     No IV fluids.

  Decide when/if the situation arises.

*Signature of*

  Physician

 APRN

 PA (*Select one*)

Date: (MM/DD/YYYY) (*required)*

Physician/APRN/PA Phone Number:

Physician/APRN/PA License #:

**Section F**

**Signature of Patient or Legal Representative**

Signature: *(required)*

Relationship: (*write “self” if patient)*

Print Name:

Date: (MM/DD/YYYY) (*required*

Phone Number:

**Section G**

**Facilitator Assisting with POST Form Completion (if applicable)**

Phone Number:

**FORM MUST ACCOMPANY PATIENT WHEN TRANSFERRED OR DISCHARGED**

DHEC 4061 (02/2020)

**SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF HEALTH AND ENVIRONMENTAL CONTROL**

**Patient Full Name:**

•     **The execution of a POST form is always voluntary and is for a person with an advanced illness.** The POST form records a

**\*\*\*\*ATTACH to Page 1\*\*\*\***

**POST Form**

**Form Completion Information (Optional but Helpful)**

Reviewed patient’s advance directive to confirm
no conflict with POST form: (A POST form does
not replace an advance directive such as a Health
Care Power of Attorney or living will.)

 Yes; date of the document reviewed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Conflict exists, notified patient (if patient lacks capacity, noted in chart)

 Advance directive not available

 No advance directive exists

•

A POST form is a designated document designed for use as part of advance care planning, the use of which must be limited to situations
where the patient has been diagnosed with a serious illness or, based upon medical diagnosis, may be expected to lose capacity within
12 months and consists of a set of medical orders signed by a patient’s physician, APRN, or PA addressing key medical decisions

consistent with patient goals of care concerning treatment at the end of life that is portable and valid across health care settings.

•

A POST form executed in South Carolina as provided in the POST Act, or a similar form executed in another jurisdiction in compliance
with the laws of that jurisdiction, must be deemed a valid expression of a patient’s wishes as to health care. A South Carolina health care

provider or health care facility may accept a properly executed POST form as a valid expression of whether the patient consents to the
provision of health care in accordance with Section 44-66-10, et seq. of the South Carolina Adult Health Care Consent Act.

•

The effective date of the form is the date the POST form has been completed, executed, and signed by the Physician/APRN/PA and the
patient or the patient’s legal representative.

•

A copy, facsimile, or electronic version of a completed POST form is considered to be legal.

patient’s wishes for medical treatment in the patient’s current state of health. Preferred medical treatment as stated by the patient on the
POST form may be changed at any time by the patient or a designated health care representative or health care agent of the patient to
reflect the patient’s new wishes in accordance with the POST Act.

•

Any physician who is responsible for the creation and execution of a POST form shall make reasonable efforts to periodically review and
update the POST form with the patient as the patient’s needs dictate but at least once per year.

•

A patient’s legal representative is defined under the POST Act to mean a person with priority to make health care decisions for patient
pursuant to Section 44-66-10, et seq. of the South Carolina Adult Health Care Consent Act.

•

An APRN may create, execute and sign a POST form if authorized to do so by his or her practice agreement. The POST form must be
for a patient of the APRN, the physician with whom the APRN has entered into a practice agreement, or both.

•

A PA may create, execute, and sign a POST form if authorized to do so by his or her scope of practice guidelines. The POST form must
be for a patient of that PA, the PA’s supervising physician, or both.

**Revocation of POST Form**

•

A POST form may be revoked at any time by an oral or written statement by the patient or a patient’s legal representative.

•

A revocation is only effective upon communication to the health care provider or health care facility by the patient or the patient’s legal
representative.

•

The execution of a POST form by a patient, or the patient’s legal representative, pursuant to the POST Act, automatically revokes any
previously executed POST form.

•

A POST form executed pursuant to the POST Act remains effective until revoked or until a new POST form is executed pursuant to the
POST Act.

**Nothing herein shall be construed as legal advice.**

**FORM MUST ACCOMPANY PATIENT WHEN TRANSFERRED OR DISCHARGED**

DHEC 4061 (02/2020)

**SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF HEALTH AND ENVIRONMENTAL CONTROL**