Durable Power of Attorney for Health Care

*space is provided below for you to write your own instructions.)*

A health care power of attorney pursuant to SDCL 59-7-2.5 et seq. may, but need not
be, in the

following form:

 DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, being an adult of sound mind, hereby appoint

              (name of principal)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

   (name of agent)                               (his/her address and telephone number)

as my attorney-in-fact (“agent”) to consent to, to reject, or to withdraw consent for medical
procedures, treatment, or intervention.  In the event the person I appoint above is unable,

unwilling or unavailable to act as my health care agent, I appoint as my successor agent:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

    (name of successor agent)                        (his/her address and telephone number)

My agent (or any successor agent) may make any health care decisions for me which I could
make individually if I had decisional capacity (except for any limitations given below).  All such

decisions shall be made in accordance with accepted medical standards and the agent (or any
successor agent) may not authorize the withholding or withdrawal of comfort care from me.

My agent (or any successor agent) may authorize the withholding of life-sustaining treatment as
set forth in my living will or advance directive (except for any limitations given therein) if I have
executed one.

In the event I am unable to communicate verbally or nonverbally, demonstrate no purposeful
movement or motor ability, and am unable to interact purposefully with environmental

stimulation and (1) I have an incurable and irreversible condition such that, in accordance with
accepted medical standards, death is imminent if life-sustaining treatment is not administered, or

(2) I am in a coma or I have a condition of permanent unconsciousness that, in accordance with
accepted medical standards, will last indefinitely without significant improvement: *(Initial only*

*one of the following three options and if you do not agree with either of the first two options,*

\_\_\_\_\_\_ I authorize my agent (or any successor agent) to direct the withholding of artificial
nutrition or hydration from me.

\_\_\_\_\_\_ I do not authorize my agent (or any successor agent) to direct the withholding of
artificial nutrition or hydration from me.

\_\_\_\_\_\_ I authorize the following: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

This durable power of attorney for health care is effective only during any period in which my
physician has determined in good faith that I do not have decisional capacity.

or print your name), principal

Public

witness

Whenever making any health care decision for me, my agent (or any successor agent) shall
consider the recommendation of my attending physician, the decision I would have made if I

then had decisional capacity (if known) and the decision that would be in my best interests.

I give the following instructions to help guide my agent (or any successor agent):  (*You may*
*write additional instructions or limitations below.*)

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

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

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

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_

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

                                                            (your signature)

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

(your address)                                         (type

**Notarization**

On this the \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_, the principal, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
personally appeared before the undersigned officer and signed the foregoing document in my

presence.

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

                                                            Notary
[SEAL]

My commission expires:

**OR**

**Statements of Two Witnesses**

The principal voluntarily signed this document in my presence.

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

                                                            (first           signature)

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

(witness address)

(type or print witness’ name), witness

2

The principal voluntarily signed this document in my presence.

attending physician or other health care provider. This Form was made fillable by[eForms.](https://eforms.com)

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

(second witness signature)

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

(witness address)

(type or print witness’ name), witness

**NOTICE TO PERSON MAKING A DURABLE POWER OF ATTORNEY**
 **FOR HEALTH CARE**

This is an important legal document.  Prepare this durable power of attorney for health care
carefully.  If you use this form, read it completely.  You may want to seek professional help to

make sure the form does what you intend and is completed without mistakes.

You have the right to revoke this document in whole or in part at any time you have not been

determined to be incapable.  A revocation is effective when it is communicated to your

3

**SOUTH DAKOTA LIVING WILL DECLARATION**

This is an important legal document. A living will directs the medical treatment you are to receive in the event you are in
a terminal condition and are unable to participate in your own medical decisions. This living will may state what kind of

treatment you want or do not want to receive.

Prepare this living will carefully. If you use this form, read it completely. You may want to seek professional help to make
sure the form does what you intend and is completed without mistakes.

This living will remains valid and in effect until and unless you revoke it. Review this living will periodically to make sure it
continues to reflect your wishes. You may amend or revoke this living will at any time by notifying your physician and

other health care providers. You should give copies of this living will to your family , your physician, and your health care
facility. This form is entirely optional. If you choose to use this form, please note that the form provides signature lines

for you, the two witnesses whom you have selected, and a notary public.

**TO MY FAMILY, HEALTH CARE PROVIDER, AND ALL THOSE CONCERNED WITH MY CARE:**

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ direct you to follow my wishes for care if I am in a terminal condition, my death is
imminent, and I am unable to communicate my decisions about my medical care.

With respect to any life‐sustaining treatment, I direct the following:

*(Initial only one of the following options. If you do not agree with either of the following options, space is provided below*
*for you to write your own instructions.)*

\_\_\_\_\_ If my death is imminent or I am permanently unconscious, I choose not to prolong my life. If life sustaining
treatment has been started, stop it, but keep me comfortable and control my pain.

\_\_\_\_\_ Even if my death is imminent or I am permanently unconscious, I choose to prolong my life.

\_\_\_\_\_ I choose neither of the above options, and here are my instructions should I become terminally ill and my death is
imminent or I am permanently unconscious:

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

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

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

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

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

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

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

Artificial Nutrition and Hydration: food and water provided by means of a tube inserted into the stomach or intestine or
needle into a vein.

With respect to artificial nutrition and hydration, I direct the following:

*(Initial only one)*

\_\_\_\_\_ If my death is imminent or I am permanently unconscious, I do not want artificial nutrition and hydration. If it has
been started, stop it.

\_\_\_\_\_ Even if my death is imminent or I am permanently unconscious, I want artificial nutrition and hydration.

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Your signature)

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

(Type or print your signature)

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

(Your address)

The declarant voluntarily signed this document in my presence.

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

(Signature)

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

(Type or print signature)

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

(Street) (City) (State)

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

(Signature)

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

(Type or print signature)

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

(Street) (City) (State)

On this the \_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_, the declarant, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, and witnesses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, and
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ personally appeared before the undersigned officer and signed the foregoing instrument in my

presence. Dated this \_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.

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

Notary Public

My commission expires: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{Seal}

Source:  SDCL 34‐12D‐3