ooxWord://word/media/image1.pngooxWord://word/media/image2.pngooxWord://word/media/image3.pngooxWord://word/media/image4.pngooxWord://word/media/image5.png DIRECTIVE TO PHYSICIANS AND FAMILY OR SURROGATES

I,

Advance Directives Act (see §166.033, Health and Safety Code)

Instructions for completing this document:

This is an important legal document known as an Advance Directive. It is designed to help you communicate your   
wishes about medical treatment at some time in the future when you are unable to make your wishes known because   
of illness or injury. These wishes are usually based on personal values. In particular, you may want to consider what   
burdens or hardships of treatment you would be willing to accept for a particular amount of benefit obtained if you   
were seriously ill.

You are encouraged to discuss your values and wishes with your family or chosen spokesperson, as well as your   
physician. Your physician, other health care provider, or medical institution may provide you with various resources to   
assist you in completing your advance directive. Brief definitions are listed below and may aid you in your discussions   
and advance planning. Initial the treatment choices that best reflect your personal preferences. Provide a copy of your   
directive to your physician, usual hospital, and family or spokesperson. Consider a periodic review of this document.   
By periodic review, you can best assure that the directive reflects your preferences.

In addition to this advance directive, Texas law provides for two other types of directives that can be important during   
a serious illness. These are the Medical Power of Attorney and the Out-of-Hospital Do-Not-Resuscitate Order. You

may wish to discuss these with your physician, family, hospital representative, or other advisers. You may also wish   
to complete a directive related to the donation of organs and tissues.

DIRECTIVE

, recognize that the best health care is based upon   
a partnership of trust and communication with my physician. My physician and I will make health care or treatment

decisions together as long as I am of sound mind and able to make my wishes known. If there comes a time that I am   
unable to make medical decisions about myself because of illness or injury, I direct that the following treatment   
preferences be honored:

If, in the judgment of my physician, I am suffering with a terminal condition from which I am expected to die within six   
months, even with available life-sustaining treatment provided in accordance with prevailing standards of medical   
care:

I request that all treatments other than those needed to keep me comfortable be discontinued or withheld   
and my physician allow me to die as gently as possible; OR

I request that I be kept alive in this terminal condition using available life-sustaining treatment.   
(THIS SELECTION DOES NOT APPLY TO HOSPICE CARE.)

If, in the judgment of my physician, I am suffering with an irreversible condition so that I cannot care for myself or   
make decisions for myself and am expected to die without life-sustaining treatment provided in accordance with   
prevailing standards of medical care:

I request that all treatments other than those needed to keep me comfortable be discontinued or withheld   
and my physician allow me to die as gently as possible; OR

I request that I be kept alive in this irreversible condition using available life-sustaining treatment.    
(THIS SELECTION DOES NOT APPLY TO HOSPICE CARE.)

ooxWord://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.pngAdditional requests: (After discussion with your physician, you may wish to consider listing particular treatments in this   
space that you do or do not want in specific circumstances, such as artificially administered nutrition and hydration,   
intravenous antibiotics, etc. Be sure to state whether you do or do not want the particular treatment.)

After signing this directive, if my representative or I elect hospice care, I understand and agree that only those   
treatments needed to keep me comfortable would be provided and I would not be given available life-sustaining

treatments.

If I do **not** have a Medical Power of Attorney, and I am unable to make my wishes known, I designate the following   
person(s) to make health care or treatment decisions with my physician compatible with my personal values:

1.

2.

**(If a Medical Power of Attorney has been executed, then an agent already has been named and you should**  
**not list additional names in this document.)**

If the above persons are not available, or if I have not designated a spokesperson, I understand that a spokesperson   
will be chosen for me following standards specified in the laws of Texas.

If, in the judgment of my physician, my death is imminent within minutes to hours, even with the use of all available   
medical treatment provided within the prevailing standard of care, I acknowledge that all treatments may be withheld

or removed except those needed to maintain my comfort. I understand that under Texas law this directive has no   
effect if I have been diagnosed as pregnant. This directive will remain in effect until I revoke it. No other person may   
do so.

Signed

Date

City, County, State of Residence

Two competent adult witnesses must sign below, acknowledging the signature of the declarant. The witness   
designated as **Witness 1** may not be a person designated to make a health care or treatment decision for the patient

and may not be related to the patient by blood or marriage. This witness may not be entitled to any part of the estate   
and may not have a claim against the estate of the patient. This witness may not be the attending physician or an   
employee of the attending physician. If this witness is an employee of a health care facility in which the patient is   
being cared for, this witness may not be involved in providing direct patient care to the patient. This witness may not   
be an officer, director, partner, or business office employee of a health care facility in which the patient is being cared   
for or of any parent organization of the health care facility.

Witness 1

Witness 2

Definitions:

"Artificially administered nutrition and hydration" means the provision of nutrients or fluids by a tube inserted in a vein,   
under the skin in the subcutaneous tissues, or in the gastrointestinal tract.

"Irreversible condition" means a condition, injury, or illness:   
(1)  that may be treated, but is never cured or eliminated;

(2)  that leaves a person unable to care for or make decisions for the person's own self; and

(3)  that, without life-sustaining treatment provided in accordance with the prevailing standard of medical care, is fatal.

Explanation: Many serious illnesses such as cancer, failure of major organs (kidney, heart, liver, or lung), and serious   
brain disease such as Alzheimer's dementia may be considered irreversible early on. There is no cure, but the patient

may be kept alive for prolonged periods of time if the patient receives life-sustaining treatments. Late in the course of   
the same illness, the disease may be considered terminal when, even with treatment, the patient is expected to die.

You may wish to consider which burdens of treatment you would be willing to accept in an effort to achieve a   
particular outcome. This is a very personal decision that you may wish to discuss with your physician, family, or other   
important persons in your life.

"Life-sustaining treatment" means treatment that, based on reasonable medical judgment, sustains the life of a patient   
and without which the patient will die. The term includes both life-sustaining medications and artificial life support such   
as mechanical breathing machines, kidney dialysis treatment, and artificially administered nutrition and hydration. The

term does not include the administration of pain management medication, the performance of a medical procedure   
necessary to provide comfort care, or any other medical care provided to alleviate a patient's pain.

"Terminal condition" means an incurable condition caused by injury, disease, or illness that according to reasonable   
medical judgment will produce death within six months, even with available life-sustaining treatment provided in

accordance with the prevailing standard of medical care.

Explanation: Many serious illnesses may be considered irreversible early in the course of the illness, but they may not   
be considered terminal until the disease is fairly advanced. In thinking about terminal illness and its treatment, you   
again may wish to consider the relative benefits and burdens of treatment and discuss your wishes with your   
physician, family, or other important persons in your life.

ooxWord://word/media/image13.pngooxWord://word/media/image14.pngooxWord://word/media/image15.pngooxWord://word/media/image16.pngooxWord://word/media/image17.pngooxWord://word/media/image18.pngooxWord://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.pngooxWord://word/media/image31.pngooxWord://word/media/image32.pngooxWord://word/media/image33.pngooxWord://word/media/image34.pngooxWord://word/media/image35.pngooxWord://word/media/image36.png MEDICAL  POWER  OF  ATTORNEY   
DESIGNATION  OF  HEALTH  CARE  AGENT

Advance Directives Act (see §166.164, Health and Safety Code)

I,                                                                                    (insert your name) appoint:

Name:

Address:

                                                                                                             Phone:

as my agent to make any and all health care decisions for me, except to the extent I state otherwise   
in this document. This medical power of attorney takes effect if I become unable to make my own

health care decisions and this fact is certified in writing by my physician.

LIMITATIONS ON THE DECISION-MAKING  AUTHORITY OF MY AGENT  ARE   
AS FOLLOWS:

DESIGNATION OF AN ALTERNATE AGENT:

(You are not required to designate an alternate agent but you may do so. An alternate agent may   
make the same health care decisions as the designated agent if the designated agent is unable or

unwilling to  act as  your agent.  If  the  agent designated  is  your spouse, the  designation  is   
automatically revoked by law if your marriage is dissolved annulled, or declared void unless this

document provides otherwise.)

If the person designated as my agent is unable or unwilling to make health care decisions for me, I   
designate the following person(s) to serve as my agent to make health care decisions for me as

authorized by this document, who serve in the following order:

First Alternate Agent

Name:

Address:

                                                                                                                           Phone:

Second Alternate Agent

Name:

Address:

                                                                                                                           Phone:

The original of the document is kept at

The following individuals or institutions have signed copies:

Name:

Address:

Name:

Address:

ooxWord://word/media/image37.png  DURATION

I understand that this power of attorney exists indefinitely from the date I execute this document   
unless I establish a shorter time or revoke the power of attorney. If I am unable to make health care

decisions for myself when this power of attorney expires, the authority I have granted my agent   
continues to exist until the time I become able to make health care decisions for myself.

(IF APPLICABLE) This power of attorney ends on the following date:

PRIOR DESIGNATIONS REVOKED

I revoke any prior medical power of attorney.

DISCLOSURE STATEMENT

THIS MEDICAL POWER OF ATTORNEY IS AN IMPORTANT LEGAL DOCUMENT.  BEFORE   
SIGNING THIS DOCUMENT, YOU SHOULD KNOW THESE IMPORTANT FACTS:

Except to the extent you state otherwise, this document gives the person you name as your   
agent the authority to make any and all health care decisions for you in accordance with your

wishes, including your religious and moral beliefs, when you are unable to make the decisions   
for yourself.  Because "health care" means any treatment, service, or procedure to maintain,

diagnose, or treat your physical or mental condition, your agent has the power to make a broad   
range of health care decisions for you.  Your agent may consent, refuse to consent, or withdraw   
consent to medical treatment and may make decisions about withdrawing or withholding life-   
sustaining treatment.  Your agent may not consent to voluntary inpatient mental health services,   
convulsive treatment, psychosurgery, or abortion.  A physician must comply with your agent's   
instructions or allow you to be transferred to another physician.

Your agent's authority is effective when your doctor certifies that you lack the competence to   
make health care decisions.

Your agent is obligated to follow your instructions when making decisions on your behalf.    
Unless you state otherwise, your agent has the same authority to make decisions about your

health care as you would have if you were able to make health care decisions for yourself.

It is important that you discuss this document with your physician or other health care provider   
before you sign the document to ensure that you understand the nature and range of decisions

that may be made on your behalf.  If you do not have a physician, you should talk with someone   
else who is knowledgeable about these issues and can answer your questions.  You do not   
need a lawyer's assistance to complete this document, but if there is anything in this document   
that you do not understand, you should ask a lawyer to explain it to you.

The person you appoint as agent should be someone you know and trust.  The person must be   
18 years of age or older or a person under 18 years of age who has had the disabilities of   
minority removed.  If you appoint your health or residential care provider (e.g., your physician or

an employee of a home health agency, hospital, nursing facility, or residential care facility, other   
than a relative), that person has to choose between acting as your agent or as your health or   
residential care provider; the law does not allow a person to serve as both at the same time.

You should inform the person you appoint that you want the person to be your health care agent.    
You should discuss this document with your agent and your physician and give each a signed

copy.  You should indicate on the document itself the people and institutions that you intend to   
have signed copies.  Your agent is not liable for health care decisions made in good faith on

your behalf.

Once you have signed this document, you have the right to make health care decisions for   
yourself as long as you are able to make those decisions, and treatment cannot be given to you

or stopped over your objection.  You have the right to revoke the authority granted to your agent   
by informing your agent or your health or residential care provider orally or in writing or by your

execution of a subsequent medical power of attorney.  Unless you state otherwise in this   
document, your appointment of a spouse is revoked if your marriage is dissolved, annulled, or

ooxWord://word/media/image38.pngooxWord://word/media/image39.pngooxWord://word/media/image40.pngooxWord://word/media/image41.pngooxWord://word/media/image42.pngooxWord://word/media/image43.pngooxWord://word/media/image44.pngooxWord://word/media/image45.pngooxWord://word/media/image46.pngdeclared void.

This document may not be changed or modified.  If you want to make changes in this document,   
you must execute a new medical power of attorney.

You may wish to designate an alternate agent in the event that your agent is unwilling, unable,   
or ineligible to act as your agent.  If you designate an alternate agent, the alternate agent has

the same authority as the agent to make health care decisions for you.

THIS POWER OF ATTORNEY IS NOT VALID UNLESS:

(1)  YOU SIGN IT AND HAVE YOUR SIGNATURE ACKNOWLEDGED BEFORE A NOTARY   
PUBLIC; OR

(2)  YOU SIGN IT IN THE PRESENCE OF TWO COMPETENT ADULT WITNESSES.

THE FOLLOWING PERSONS MAY NOT ACT AS ONE OF THE WITNESSES:

(1)  the person you have designated as your agent;   
(2)  a person related to you by blood or marriage;

(3)  a person entitled to any part of your estate after your death under a will or codicil executed   
by you or by operation of law;

(4)  your attending physician;

(5)  an employee of your attending physician;

(6)  an employee of a health care facility in which you are a patient if the employee is providing   
direct patient care to you or is an officer, director, partner, or business office employee of the   
health care facility or of any parent organization of the health care facility; or

(7)  a person who, at the time this medical power of attorney is executed, has a claim against   
any part of your estate after your death.

By signing below, I acknowledge that I have read and understand the information contained in   
the above disclosure statement.

(YOU MUST DATE AND SIGN THIS POWER OF ATTORNEY. YOU MAY SIGN IT AND   
HAVE YOUR SIGNATURE ACKNOWLEDGED BEFORE A NOTARY PUBLIC OR YOU MAY

SIGN IT IN THE PRESENCE OF TWO COMPETENT ADULT WITNESSES.)

SIGNATURE ACKNOWLEDGED BEFORE NOTARY

I  sign  my  name  to  this  medical  power  of  attorney  on  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  day  of  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(month, year) at

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (City and State)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (Signature)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 (Print Name)

State of Texas

County of \_\_\_\_\_\_\_\_

This  instrument  was  acknowledged  before  me  on  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (date)  by  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(name of person acknowledging).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
NOTARY PUBLIC, State of Texas

ooxWord://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.pngooxWord://word/media/image63.pngNotary's printed name:

at

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

My commission expires:

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

OR

SIGNATURE IN PRESENCE OF TWO COMPETENT ADULT WITNESSES

I sign my name to this medical power of attorney on

 day of

 (month, year)

(City and State)

(Signature)

(Print Name)

STATEMENT OF FIRST WITNESS

I am not the person appointed as agent by this document. I am not related to the principal by blood   
or marriage. I would not be entitled to any portion of the principal's estate on the principal's death. I

am not the attending physician of the principal or an employee of the attending physician. I have   
no claim against any portion of the principal's estate on the principal's death. Furthermore, if I am

an employee of a health care facility in which the principal is a patient, I am not involved in providing   
direct patient care to the principal and am not an officer, director, partner, or business office

employee of the health care facility or of any parent organization of the health care facility.

Signature:

Print Name:

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

Address:

SIGNATURE OF SECOND WITNESS

Signature:

Print Name:

Date:

Address:

ooxWord://word/media/image66.pngooxWord://word/media/image67.pngooxWord://word/media/image68.pngooxWord://word/media/image69.pngooxWord://word/media/image70.pngooxWord://word/media/image71.pngooxWord://word/media/image72.pngooxWord://word/media/image73.pngooxWord://word/media/image74.pngooxWord://word/media/image75.pngooxWord://word/media/image76.pngooxWord://word/media/image77.pngooxWord://word/media/image78.pngooxWord://word/media/image79.pngooxWord://word/media/image80.pngooxWord://word/media/image81.pngooxWord://word/media/image82.pngooxWord://word/media/image83.pngooxWord://word/media/image84.pngooxWord://word/media/image85.pngooxWord://word/media/image86.pngooxWord://word/media/image87.pngooxWord://word/media/image88.pngooxWord://word/media/image89.pngooxWord://word/media/image90.pngooxWord://word/media/image91.pngooxWord://word/media/image92.pngooxWord://word/media/image93.pngooxWord://word/media/image94.pngooxWord://word/media/image95.pngooxWord://word/media/image96.pngooxWord://word/media/image97.pngooxWord://word/media/image98.pngooxWord://word/media/image99.pngooxWord://word/media/image100.pngooxWord://word/media/image101.pngooxWord://word/media/image102.pngooxWord://word/media/image103.pngooxWord://word/media/image104.pngooxWord://word/media/image105.pngooxWord://word/media/image106.pngooxWord://word/media/image107.pngooxWord://word/media/image108.pngooxWord://word/media/image109.pngooxWord://word/media/image110.pngooxWord://word/media/image111.pngooxWord://word/media/image112.pngooxWord://word/media/image113.pngooxWord://word/media/image114.pngooxWord://word/media/image115.pngooxWord://word/media/image116.pngooxWord://word/media/image117.pngooxWord://word/media/image118.png**Figure: 25 TAC §157.25 (h)(2)**

**B.    Declaration by legal guardian, agent or proxy on behalf of the adult person who is incompetent or otherwise incapable of communication:**

**OUT-OF-HOSPITAL DO-NOT-RESUSCITATE (OOH-DNR) ORDER**

Print Form

**TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES**

This document becomes effective immediately on the date of execution for health care professionals acting in out-of-hospital settings. It remains in effect  until   
the person is pronounced dead by authorized medical or legal authority or the document is revoked. Comfort care will be given as needed.

Person's full legal name

Date of birth

Male

Female

**A.     Declaration of the adult person:**I am competent and at least 18 years of age.  **I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for me:**

**cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.**

Person's signature

Date

Printed name

I am the:

legal guardian;

agent in a Medical Power of Attorney; OR

proxy in a directive to physicians of the above-noted person who is incompetent or otherwise   
mentally or physically incapable of communication.

Based upon the known desires of the person, or a determination of the best interest of the person, **I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for the**  
**person: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.**

Signature

Date

Printed name

**C. Declaration by a qualified relative of the adult person who is incompetent or otherwise incapable of communication:**I am the above-noted person's:

spouse,

  adult child,

parent, OR

nearest living relative, and I am qualified to make this treatment decision under  Health and Safety Code  §166.088.

To my knowledge the adult person is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and is without a legal guardian, agent or proxy. Based upon the known desires of   
the person or a determination of the best interests of the person,**I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for the person: cardiopulmonary**

**resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial** v**entilation.**

Signature

Date

Printed name

**D. Declaration by physician based on directive to physicians by a person now incompetent or nonwritten communication to the physician by a competent person:** I am the above-noted   
person's attending physician and have:

seen evidence of his/her previously issued directive to physicians by the adult, now incompetent; OR

observed his/her issuance before two witnesses of an OOH-DNR in a nonwritten manner.

**I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for the person: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation,**  
**advanced airway management, artificial ventilation.**

Attending physician's   
signature

Date

Printed   
name

Lic   
#

**E. Declaration on behalf of the minor person:**I am the minor's:

parent;

legal guardian; OR

 managing conservator.

 A physician has diagnosed the minor as suffering from a terminal or irreversible condition.**I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for the person:**  
**cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.**

Signature

Date

Printed name

**TWO WITNESSES:**(See qualifications on backside.) We have witnessed the above-noted competent adult person or authorized declarant making his/her signature above and, if applicable, the   
above-noted adult person making an OOH-DNR by nonwritten communication to the attending physician.

Witness 1 signature

Date

Printed name

Witness 2 signature

Date

Printed name

**Notary in the State of Texas and County of**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  The above noted person personally appeared before me and signed the above noted declaration  on this date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Signature & seal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Notary's printed name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     *Notary Seal*

**[ Note: Notary cannot acknowledge the witnessing of the person making an OOH-DNR order in a nonwritten manner ]**

**PHYSICIAN'S STATEMENT:**I am the attending physician of the above-noted person and have noted the existence of this order in the person's medical records. **I direct health care professionals**  
**acting in out-of-hospital settings, including a hospital emergency department, not to initiate or continue for the person:** **cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac**  
**pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.**

Physician's  signature

Date

Printed name

License #

**F. Directive by two physicians on behalf of the adult, who is incompetent or unable to communicate and without guardian, agent, proxy or relative:**The person's specific wishes are unknown, but resuscitation measures   
are, in reasonable medical judgment, considered ineffective or are otherwise not in the best interests of the person. **I direct health care professionals acting in out-of-hospital settings, including a hospital emergency**  
**department, not to initiate or continue for the person:** **cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.**

Attending physician's   
signature

Date

Printed   
name

Lic#

Signature of second physician

Date

Printed   
name

Lic#

Physician's electronic or digital signature must meet criteria listed in Health and Safety Code §166.082(c).

**All persons who have signed above must sign below, acknowledging that this document has been properly completed.**

Person's signature

Guardian/Agent/Proxy/Relative signature

Attending physician's   
signature

Second physician's signature

Witness  1   
signature

Witness 2   
signature

Notary's   
signature

***This document or a copy thereof must accompany the person during his/her medical transport.***

**INSTRUCTIONS  FOR  ISSUING  AN  OOH-DNR  ORDER**

**PURPOSE:**The Out-of-Hospital Do-Not-Resuscitate (OOH-DNR) Order on reverse side complies with Health and Safety Code (HSC), Chapter 166 for  use by   
qualified persons or their authorized representatives to direct health care professionals to forgo resuscitation attempts and to permit the  person to have a natural death   
with peace and dignity. This Order does NOT affect the provision of other emergency care, including comfort care.

**APPLICABILITY:**This OOH-DNR Order applies to health care professionals in out-of-hospital settings, including physicians' offices, hospital clinics and   
emergency departments.

**IMPLEMENTATION:**A competent adult person, at least 18 years of age, or the person's authorized representative or qualified relative may execute or issue an   
OOH-DNR Order. The person's attending physician will document existence of the Order in the person's permanent medical record. The OOH-DNR Order may be   
executed as follows:

**Section A** - If an adult person is competent and at least 18 years of age, he/she will sign and date the Order in Section A.

**Section B**- If an adult person is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and has either a legal guardian, agent in a medical   
power of attorney, or proxy in a directive to physicians, the guardian, agent, or proxy may execute the OOH-DNR Order by signing and dating it in Section B.   
**Section C** - If the adult person is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and does not have a guardian, agent, or proxy, then a   
qualified relative may execute the OOH-DNR Order by signing and dating it in Section C.

**Section D -**If the person is incompetent and his/her attending physician has seen evidence of the person's previously issued proper directive to physicians or observed   
the person competently issue an OOH-DNR Order in a nonwritten manner, the physician may execute the Order on behalf of the person by signing and dating it in   
Section D.

**Section E** - If the person is a **minor** (less than 18 years of age),**who has been diagnosed by a physician as suffering from a terminal or irreversible condition**,   
then the minor's parents, legal guardian, or managing conservator may execute the OOH-DNR Order by signing and dating it in Section E.

**Section F** - If an adult person is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and does not have a guardian, agent, proxy, or available   
qualified relative to act on his/her behalf, then the attending physician may execute the OOH-DNR Order by signing and dating it in Section F with concurrence of a   
second physician (signing it in Section F) who is not  involved in the treatment of the person or who is not a representative of the ethics or medical committee of the

health care facility in which the person is a patient.

**In addition**, the OOH-DNR Order must be signed and dated by two competent adult witnesses, who have witnessed either the competent adult person making his/her   
signature in section A, or authorized declarant making his/her signature in either sections B, C, or E, and if applicable, have witnessed a competent adult person   
making an OOH-DNR Order by nonwritten communication to the attending physician, who must sign in Section D and also the physician's statement section.   
Optionally, a competent adult person or authorized declarant may sign the OOH-DNR Order in the presence of a notary public. However, a notary cannot   
acknowledge witnessing the issuance of an OOH-DNR in a nonwritten manner, which must be observed and only can be acknowledged by two qualified witnesses.

Witness or notary signatures are not required when two physicians execute the OOH-DNR Order in section F. The original or a copy of a fully and properly completed   
OOH-DNR Order or the presence of an OOH-DNR device on a person is sufficient evidence of the existence of the original OOH-DNR Order and either one shall be   
honored by responding health care professionals.

**REVOCATION:**An OOH-DNR Order may be revoked at ANY time by the person, person's authorized representative, or physician who executed the order.   
Revocation can be by verbal communication to responding health care professionals, destruction of the OOH-DNR Order, or removal of all OOH-DNR identification   
devices from the person.

**AUTOMATIC REVOCATION:**An OOH-DNR Order is automatically revoked for a person known to be pregnant or in the case of unnatural or suspicious   
circumstances.

**DEFINITIONS**

**Attending Physician:**A physician, selected by or assigned to a person, with primary responsibility for the person's treatment and care and is licensed by the Texas   
Medical Board, or is properly credentialed and holds a commission in the uniformed services of the United States and is serving on active duty in this state**.** [HSC

§166.002(12)].

**Health Care Professional:** Means physicians, nurses, physician assistants and emergency medical services personnel, and, unless the context requires otherwise,   
includes hospital emergency department personnel. [HSC §166.081(5)]

**Qualified Relative:**A person meeting requirements of HSC §166.088. It states that an adult relative may execute an OOH-DNR Order on behalf of an adult person   
who has not executed or issued an OOH-DNR Order and is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and is without a legal

guardian, agent in a medical power of attorney, or proxy in a directive to physicians, and the relative is available from one of the categories in the following priority:   
1) person's spouse; 2) person's reasonably available adult children;  3) the person's parents; or, 4) the person's nearest living relative. Such qualified relative may   
execute an OOH-DNR Order on such described person's behalf.

**Qualified Witnesses:** Both witnesses must be competent adults, who have witnessed the competent adult person making his/her signature in section A, or person's   
authorized representatives making his/her signature in either Sections B, C, or E on the OOH-DNR Order, or if applicable, have witnessed the competent adult person   
making an OOH-DNR by nonwritten communication to the attending physician, who signs in Section D.  Optionally, a competent adult person, guardian, agent,   
proxy, or qualified relative may sign the OOH-DNR Order in the presence of a notary instead of two qualified witnesses. Witness or notary signatures are not required   
when two physicians execute the order by signing Section F.  One of the witnesses must meet the qualifications in HSC §166.003(2), which requires that at least one   
of the witnesses not:  (1)  be designated by the person to make a treatment decision;  (2) be related to the person by blood or marriage; (3)  be entitled to any part of

the person's estate after the person's death either under a will or by law; (4) have a claim at the time of the issuance of the OOH-DNR against any part of  the person's   
estate after the person's death; or,  (5) be the attending physician;  (6) be an employee of the attending physician or (7) an employee of a health care facility in which   
the person is a patient  if the employee is providing direct patient care to the patient or  is an officer, director, partner, or business office employee of the health care   
facility or any parent organization of the health care facility.

***Report problems with this form to the Texas Department of State Health Services (DSHS)***or order OOH-DNR Order/forms or identification devices at (512)   
834-6700.

*Declarant's, Witness', Notary's,  or Physician's electronic or digital signature must meet criteria outlined in HSC*§*166.011*

**Publications No. EF01-11421  -**Revised July 1, 2009  by the Texas Department of State Health Services

**Page 2 of 2**