ooxWord://word/media/image1.pngooxWord://word/media/image2.pngooxWord://word/media/image3.pngooxWord://word/media/image4.pngooxWord://word/media/image5.pngooxWord://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.pngooxWord://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.png**Opt In             INDICATE** in the box if you agree to   
have your Living Will, Medical Power of Attorney,

**Last Name/First/Middle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Combined Medical Power of Attorney and Living Will,

**City/State/Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Voluntary Non-Opioid Advance Directive, POST form, and/

**Date of Birth (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

or DNR card (if completed) included in the WV e-Directive

registry and released to treating health care providers.

**REGISTRY FAX: 844-616-1415**

**Last 4 SSN \_\_\_   \_\_\_   \_\_\_  \_\_\_    Sex     M\_\_\_   F\_\_\_**

**Email address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

STATE OF WEST VIRGINIA

MEDICAL POWER OF ATTORNEY

The Person I Want to Make Health Care Decisions   
 For Me When I Can’t Make Them for Myself

Dated: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hereby

(*Insert your name and address*)

appoint as my representative to act on my behalf to give, withhold, or withdraw

informed consent to health care decisions in the event that I am not able to do so

myself.

**The person I choose as my representative is:**

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

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

(*Insert the name, address, area code, and telephone number of the person you wish*

*to designate as your representative*)

**The person I choose as my successor representative** **is:**

If my representative is unable, unwilling, or disqualified to serve, then I appoint

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

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

*(Insert the name, address, area code, and telephone number of the person you wish*

*to designate as your successor representative*)

Page1/3

Principal Name (person for whom form is being completed):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ooxWord://word/media/image20.pngooxWord://word/media/image21.pngooxWord://word/media/image22.pngooxWord://word/media/image23.pngooxWord://word/media/image24.pngooxWord://word/media/image25.pngThis appointment shall extend to, but not be limited to, health care decisions relating to

medical treatment, surgical treatment, nursing care, medication, hospitalization, care and

treatment in a nursing home or other facility, and home health care. The representative

appointed by this document is specifically authorized to be granted access to my medical

records and other health information and to act on my behalf to consent to, refuse, or

withdraw any and all medical treatment, diagnostic procedures, or autopsy if my

representative determines that I, if able to do so, would consent to, refuse, or withdraw

such treatment or procedures. Such authority shall include, but not be limited to,

decisions regarding the withholding or withdrawal of life-prolonging interventions.

I appoint this representative because I believe this person understands my wishes and

values and will act to carry into effect the health care decisions that I would make if I

were able to do so, and because I also believe that this person will act in my best interest

when my wishes are unknown. It is my intent that my family, my physician, and all legal

authorities be bound by the decisions that are made by the representative appointed by

this document, and it is my intent that these decisions should not be the subject of review

by any health care provider or administrative or judicial agency.

It is my intent that this document be legally binding and effective and that this document

be taken as a formal statement of my desire concerning the method by which any health

care decisions should be made on my behalf during any period when I am unable to make

such decisions.

In exercising the authority under this medical power of attorney, my representative shall

act consistently with my special directives or limitations as stated below.

I am giving the following SPECIAL DIRECTIVES OR LIMITATIONS ON THIS

POWER: (Comments about tube feedings, breathing machines, cardiopulmonary

resuscitation, dialysis, mental health treatment, funeral arrangements, autopsy, and organ

donation may be placed here. My failure to provide special directives or limitations does

not mean that I want or refuse certain treatments).

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

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

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

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

THIS MEDICAL POWER OF ATTORNEY SHALL BECOME EFFECTIVE ONLY

UPON MY INCAPACITY TO GIVE, WITHHOLD, OR WITHDRAW INFORMED

CONSENT TO MY OWN MEDICAL CARE.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ooxWord://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.pngooxWord://word/media/image37.pngooxWord://word/media/image38.pngooxWord://word/media/image39.pngooxWord://word/media/image40.pngooxWord://word/media/image41.pngooxWord://word/media/image42.pngooxWord://word/media/image43.pngSignature of the Principal

I did not sign the principal's signature above. I am at least eighteen years of age and am

not related to the principal by blood or marriage. I am not entitled to any portion of the

estate of the principal or to the best of my knowledge under any will of the principal or

codicil thereto, or legally responsible for the costs of the principal's medical or other care.

I am not the principal's attending physician, nor am I the representative or successor

representative of the principal.

Witness \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Witness \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STATE OF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a Notary Public of said County, do certify

that\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, as principal, and \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, as witnesses, whose names are signed to the writing above

bearing date on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_,

have this day acknowledged the same before me.

Given under my hand this \_\_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_.

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

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

Signature of Notary Public

Page 3/3

Form Made Fillable by[eForms](https://eforms.com)

ooxWord://word/media/image46.pngooxWord://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.png**Opt In             INDICATE** in the box if you agree to   
have your Living Will, Medical Power of Attorney,

**Last Name/First/Middle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Combined Medical Power of Attorney and Living Will,

**City/State/Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Voluntary Non-Opioid Advance Directive, POST form, and/

**Date of Birth (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

or DNR card (if completed) included in the WV e-Directive

**Last 4 SSN \_\_\_   \_\_\_   \_\_\_   \_\_\_**

**Sex    M\_\_\_   F\_\_\_**

registry and released to treating health care providers.

**REGISTRY FAX: 844-616-1415**

**Email address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

STATE OF WEST VIRGINIA

LIVING WILL

The Kind of Medical Treatment I Want and Don’t Want

If I Have a Terminal Condition or Am In a Persistent Vegetative State

Living will made this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (month, year).

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, being of sound mind, willfully and

voluntarily declare that I want my wishes to be respected if I am very sick and not

able to communicate my wishes for myself.  In the absence of my ability to give

directions regarding the use of life-prolonging medical intervention, it is my desire

that my dying shall not be prolonged under the following circumstances:

If I am very sick and not able to communicate my wishes for myself and I am

certified by one physician who has personally examined me to have a terminal

condition or to be in a persistent vegetative state (I am unconscious and am neither

aware of my environment nor able to interact with others), I direct that life-

prolonging medical intervention that would serve solely to prolong the dying

process or maintain me in a persistent vegetative state be withheld or withdrawn. I

want to be allowed to die naturally and only be given medications or other medical

procedures necessary to keep me comfortable. I want to receive as much

medication as is necessary to alleviate my pain.

I am giving the following SPECIAL DIRECTIVES OR LIMITATIONS ON THIS

POWER: (Comments about tube feedings, breathing machines, cardiopulmonary

resuscitation, dialysis, mental health treatment, funeral arrangements, autopsy, and

organ donation may be placed here. My failure to provide special directives or

limitations does not mean that I want or refuse certain treatments).

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

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

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

ooxWord://word/media/image60.pngooxWord://word/media/image61.pngooxWord://word/media/image62.pngooxWord://word/media/image63.pngooxWord://word/media/image64.pngooxWord://word/media/image65.pngooxWord://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.pngPrincipal Name (person for whom form is being completed): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

It is my intention that this living will be honored as the final expression of my legal

right to refuse medical or surgical treatment and accept the consequences resulting

from such refusal.

I understand the full import of this living will.

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

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

Signed

Date

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

Address

I did not sign the principal's signature above. I am at least eighteen years of age

and am not related to the principal by blood or marriage, entitled to any portion of

the estate of the principal or, to the best of my knowledge, under any will of the

principal or codicil thereto, or directly financially responsible for principal’s

medical care.  I am not the principal’s attending physician or the principal’s

medical power of attorney representative or successor medical power of attorney

representative under a medical power of attorney.

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

DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

DATE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

STATE OF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a Notary Public of said County, do certify

that\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, as principal, and \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, as witnesses, whose names are signed to the writing

above bearing date on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_,

have this day acknowledged the same before me.

Given under my hand this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_.

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

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

Signature of Notary Public

Form Made Fillable by[eForms](https://eforms.com)

ooxWord://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.png**Patient Authorization for Release of Information from the WV e-Directive Registry**

**You or your legal representative\* has requested copies of your advance directive documents**

**or medical orders that are contained in the WV e-Directive Registry.  To receive a copy, please**

**complete the form below and mail or FAX along with a copy of your photo ID (for**

**verification).  Upon receipt of this form and your photo ID, the Registry will send you copies**

**of all documents that the Registry has on file for you by the method you indicate below.**

**Mailing Address:**

**WV e-Directive Registry**

**1195 Health Sciences North**

**Morgantown, WV 26506**

**FAX:**

**844-616-1415**

**For questions call:**

**877-209-8086**

Date of Request: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient’s Name: (First and Last) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Date of Birth:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Last four digits of social security number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAX:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 This information is to be:

☐Mailed to patient at address above   
☐Faxed to patient at FAX number above

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

Signature of Patient                                                                                   Date (Required)

OR

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

Signature of Legal Representative                     Relationship to Patient             Date (Required)

**\*Legal representative must have Medical Power of Attorney form or surrogate**

**form on file with Registry or submit form with request.**

ooxWord://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.png West Virginia e-Directive Registry Sign-Up Form   
with Additional Required Demographic Information

card and/or POST form.

**Morgantown, WV 26506-9022**

**FAX: 844-616-1415**

In October 2010, West Virginia advance directive and medical order forms (DNR and POST) were changed to include   
more demographic information.  West Virginia advance directives (Living Will, Medical Power of Attorney,

Combined Medical Power of Attorney and Living Will, and Voluntary Non-Opioid Advance Directive) and physician   
orders (DNR cards and POST forms) that do not include demographic information at the top of the form must have   
additional identifying information submitted in order to be added to the e-Directive Registry.  With the patient's   
permission (or the medical power of attorney representative/surrogate's permission if the patient lacks capacity), fill in   
the information below and FAX or mail this form with a copy of **BOTH** sides of the advance directive and/or DNR

**OPT-IN**   Indicate in the box to the left if you give permission as the person or as the guardian,   
medical power of attorney representative, or surrogate decision maker of the person to have the

attached or previously submitted Living Will, Medical Power of Attorney, Combined Medical   
Power of Attorney and Living Will, Voluntary Non-Opioid Advance Directive, POST form, and/or

DNR card (if completed) included in the WV e-Directive registry and released to treating health   
care providers.  Failure to indicate in this box does not necessarily mean your documents won't be   
stored on the Registry.  Please contact 877-209-8086 for more information and questions.

Please provide the following required information:

(Last Name/First/Middle Initial)

(Date of Birth)

(Address)

(City, State, Zip Code)

Gender (check one):

(Male)

(Female)

Last 4 numbers of your Social Security number:

Updating Demographic Information:

***Please initial box below if only updating demographic information.  Please fax or mail a completed copy of***  
***this revised form.***

Demographic updates for previously submitted advance directive forms to e-Directive Registry.

**WV e-Directive Registry**  
 **64 Medical Center Drive**

**PO Box 9022 Health Sciences North**

**Phone:  877-209-8086**