Wyoming
Advance Health
Care Directive

Form for:

(print your full name)

Please place the completed document on the
front of your refrigerator or another location

where an emergency responder might easily
see it.

**These materials have been prepared as a public service by AARP Wyoming and**
**are for informational purposes only and should not be construed as legal advice**
**or as official State of Wyoming documents.**

1

Print your full name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Today’s date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initial that you have completed the page: \_\_\_\_\_\_

(home

(home

(city)

phone)                               (work

(city)

phone)                               (work

                                                              (state)                    code)

phone)                                (cell

                                                              (state)                    code)

phone)                                (cell

*.  This form is in compliance*

(name of person you choose as your agent)

(address)

           (

zip

phone)

(name of person you choose as your alternate agent)

(address)

           (

zip

phone)

PART 1:  POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

**PLEASE NOTE:** *Answering any of the following questions is optional, but the more information you*
*provide on this form, the better your designated agent may act on your behalf. This form is not to be used*

*to designate a financial power of attorney. It is for health care matters only*

*with Wyoming State Statute 35-22-401 through 416.*

**(1)**Designation of agent: I designate the following person as my agent to make

health care decisions for me:

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

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

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

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

If  I  revoke  my  agent's  authority,  or  if  my  agent  is  not  willing,  able  or  reasonably  available  to
make a health-care decision for me, **I designate as my alternate agent:**

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

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

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

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

**(2)** Agent’s authority:  My  agent  is  authorized  to  make  all  health  care  decisions  for

me, including decisions to provide, withhold or withdraw artificial nutrition and hydration

and all other forms of health care, except as I state here:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(Add additional sheets if needed.)

2

Print your full name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Today’s date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initial that you have completed the page: \_\_\_\_\_\_

decisions for me becomes effective only

decisions  for  me  becomes  effective  only

**one (1) option**

 when my primary physician (and **not**

**(3)** When agent’s authority becomes effective:  My  agent's  authority  to  make

health  care  decisions  for  me  takes effect at the following time (**check and initial only**

):

**Check    Initial**

  **\_\_\_** If I check the box and initial**,**my agent's authority to make health care

   when  my  primary  physician  or,  in  his/her
absence, my treating primary health care provider determines that I lack the capacity to

make my own health care decisions;

**OR**

  **\_\_\_**If I check the box and initial**,**my agent's authority to make health care

  when any
then treating health care provider of mine) determines that I lack the capacity to make

my own health care decisions;

**OR**

  **\_\_\_**If I check the box and initial**,**my agent's authority to make health care

decisions for me becomes effective as necessary immediately upon my execution of

this Advance Health Care Directive Form.

**(4)**Agent’s  obligation:  My  agent  shall  make  health  care  decisions  for  me  in

accordance  with  this  power  of  attorney  for  health  care  using  any  instructions  I  give  in
Part 2 of this form, and my other wishes to the extent known to my agent. To the extent
that  my  wishes  are  unknown,  my  agent  shall  make  health-care  decisions  for  me  in
accordance with what my agent determines to be in my best interest. In determining my
best  interest,  my  agent  shall  consider  my  personal  values  to  the  extent  known  to  my

agent.

3

Print your full name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Today’s date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initial that you have completed the page: \_\_\_\_\_\_

**\_\_\_**I **do NOT**

**\_\_\_**I**want**

**\_\_\_**I **do NOT**

**\_\_\_**I **want**

provided,  withheld  or  withdrawn

withdraw  treatment

 of the boxes below:

PART 2:  INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE

**(5)**End-of-Life decisions: I direct that those involved in my care provide, withhold or

   in  accordance  with  the  choice  I  have  checked  and  initialed  below
(check and initial only one option):

**Check    Initial**

 **\_\_\_**(a) **Choice to Prolong Life:** I want my life to be prolonged as long as

                          possible within the limits of generally accepted health care standards.

**OR**

 **\_\_\_**(b) **Choice Not to Prolong Life:** I do not want my life to be prolonged if:

(i)

I have an incurable and irreversible condition that will
result in my death within a relatively short time;

(ii)

I become unconscious and, to a reasonable degree of
medical certainty, I will not regain consciousness;

(iii)     The  likely  risks  and  burdens  of  treatment  would
 outweigh the expected benefits.

**(6)** Artificial  nutrition  and  hydration:  Artificial  nutrition  and  hydration  must  be

   in  accordance  with  the  choice  I  have  made  in
paragraph (5) unless I have checked and initialed **one**

**Check     Initial**

artificial nutrition regardless of my condition.

wantartificial nutrition regardless of my condition.

artificial hydration regardless of my condition.

wantartificial hydration regardless of my condition.

4

Print your full name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Today’s date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initial that you have completed the page: \_\_\_\_\_\_

treatment for the alleviation of pain or discomfort at all times;

wanttreatment for the alleviation of pain or discomfort.

 wish to donate my body, organs and/or tissues.

**(7)** Relief from pain:

**Check     Initial**

**\_\_\_**I **want**

**\_\_\_**I **do NOT**

**OR**

**(8)** Other wishes:  (If  you  do  not  agree  with  the  choices  above,  you  may  write  your

own or add to the instructions above.  Examples may include: blood or blood products;
chemotherapy;  simple  diagnostic  tests;  invasive  diagnostic  tests;  minor  surgery;  major
surgery; antibiotics; oxygen; wish to die at home if possible; etc.) I direct that:

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

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

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

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

PART 3: DONATION OF ORGANS AND TISSUES UPON DEATH

**(9)** Upon my death (check and initial applicable boxes):

**Check     Initial**

**\_\_\_**  (a) I have arranged to give my body to science.

**\_\_\_**(b) I have arranged through the Wyoming Donor Registry to give any

        needed organs and/or tissues (For enrollment information, call

        1-888-868-4747 or visit WyomingDonorRegistry.org).

**\_\_\_**   (c) **I do NOT**

5

Print your full name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Today’s date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Initial that you have completed the page: \_\_\_\_\_\_

(city)

(city)

(city)

                                                  (state)

                                                  (state)

(print your

(sign your

                                                  (state)

(name of physician)

(address)

(zip code)

(phone)

(name of health care institution/hospice)

(address)

(zip code)

(phone)

  (Sign and date the form here):

name)

name)                                       (date)

(address)

(zip code)

PART 4: INFORMATION ABOUT MY HEALTH CARE PROVIDER

**(10)** The following physician is my primary physician:

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

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

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

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

**More information about my health care can be obtained through:**

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

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

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

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

**(11)** Effect of copy: A copy of this form has the same effect as the original.

SIGNATURE

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

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

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

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

6

SIGNATURES OF WITNESSES or NOTARY PUBLIC

(print

(print

*treating health care provider, operator of a treating health care facility or an employee of*

witness’

(signature of

witness’

(signature of

Notary Public’s

:

*a treating health care facility.*

name)

(address)

witness)

(date)

name)

(address)

witness)

(date)

signature

I  declare  under  penalty  of  perjury  under  the  laws  of  Wyoming  that  the  person  who
signed or acknowledged this document is known to me to be the principal, and that the

principal signed or acknowledged this document in my presence.

**Please  Note:**    *Under  Wyoming  State  Statute  35-22-403  (b),  a  witness  may  not  be  a*

First witness

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

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

Second witness

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

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

**OR**

Notary (in lieu of witnesses)

State of Wyoming

County of\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ } SS.

Subscribed and sworn to and acknowledged before me by\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
the Principal, this \_\_\_\_\_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

7