



Directivas del Cuidado de la Salud

Respetando las decisiones de Minnesota

Cumple los requerimientos legales para los Residentes de Minnesota y Wisconsin

Mis directivas del cuidado de la salud

He creado este documento cuidadosamente para expresar mis decisiones de tratamiento y preferencias personales, en caso de que no pueda comunicar mis deseos o tomar mis propias decisiones del cuidado de la salud. También he designado un agente del cuidado de mi salud para que hable por mí. Mi agente puede tomar decisiones médicas por mí, incluyendo la decisión de rechazar tratamiento que no deseo. Cualquier documento creado antes de este, ya no es válido o legal.

Mi nombre: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

Mi dirección: _____

Mi número telefónico: _____

Mi número de teléfono celular: _____

Nombre _____ Fecha _____

EMMS Foundation: www.metrodoctors.com 612-362-3704 Revised August 2011

Parte 1: Mi agente del cuidado de la salud

Si no puedo comunicar mis deseos y decisiones del cuidado de la salud debido a una enfermedad o lesión, o si mis proveedores del cuidado de la salud han determinado que no puedo tomar mis propias decisiones del cuidado de la salud, yo he designado a las siguiente(s) persona(s) para representar mis deseos y tomar mis decisiones del cuidado de mi salud*, incluyendo la decisión de no rechazar tratamiento que no deseo. Al seleccionar el agente del cuidado de la salud, he considerado su habilidad y disposición de tomar decisiones, una vez que esté informado de mis opciones de tratamiento. Esta persona puede respetar y seguir mis deseos, bajo momentos de tensión.

Mi agente primario (principal) del cuidado de la salud es:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono (casa) _____ Teléfono (móvil) _____

Teléfono (trabajo) _____

Dirección: _____

- *Entiendo que mi agente no puede ser un proveedor de cuidado de la salud o empleado del cuidado de la salud que cuide directamente de mí o de mi cónyuge, a menos que esté relacionado con esta persona por sangre o matrimonio, que sea una pareja doméstica registrada, o por adopción. Si mi agente es un proveedor del cuidado de la salud o un empleado de un proveedor del cuidado de la salud, mi razón para elegir esta persona es:* _____

Si cancelo la autoridad de mi agente primario, o si mi agente primario no quiere o no puede tomar decisiones por mí, o no está razonablemente accesible para tomar una decisión por mí, designo al siguiente agente alternativo:

Agente alternativo del cuidado de mi salud:

Nombre: _____

Relación: _____

Números de Teléfono (C) _____ (M) _____

(T) _____

Dirección: _____

Nombre _____ Fecha _____

Poderes de mi agente de cuidado de la salud:

Mi agente del cuidado de mi salud tiene automáticamente los siguientes poderes cuando no pueda hablar por mí mismo:

- A. Tomar decisiones por mí acerca de mi cuidado médico. Incluyendo quitarme, o no colocarme un tubo para alimentarme, hacer o no pruebas, administración de medicinas, cirugías y decisiones sobre tratamientos si existe embarazo y todos los tipos de tratamientos de salud mental, incluyendo tratamientos o medicamentos molestos de salud mental. Si el tratamiento ha comenzado ya, mi agente puede continuarlo o suspenderlo, basándose en mis instrucciones
- B. Interpretar cualquier instrucción que haya dado en este formulario, de acuerdo con su comprensión de mis deseos, valores y creencias
- C. Revisar y compartir mis registros médicos y documentos personales, según sea necesario para mi cuidado médico
- D. Hacer arreglos para mi cuidado médico en Minnesota o en cualquier otro estado o lugar que él o ella crean apropiados. Incluyendo asilos e instalaciones residenciales basadas en la comunidad
- E. Decidir qué proveedores y organizaciones del cuidado médico proveen mis tratamientos médicos.

Comentarios y restricciones acerca de lo que se indica arriba (por ejemplo, gente que quisiera o que no quisiera que esté involucrada en tomar decisiones por usted, o limitaciones sobre los poderes de su agente):

Poderes adicionales de mi agente del cuidado de mi salud: (Si quiero que mi agente tenga cualquiera de los siguientes poderes, marcaré el cuadro en frente de cada declaración que se indica a continuación.)

- Hacer arreglos y tomar decisiones acerca del cuidado de mi cuerpo después de que he muerto.
- Continuar como mi agente del cuidado de mi salud aun si la disolución, anulación o terminación de nuestro matrimonio o relación doméstica está en proceso o ha sido completada.
- Cuando así lo designe, tomar decisiones del cuidado de la salud por mí, inclusive si yo todavía puedo decidir o hablar por mí mismo.

Nombre _____ Fecha _____

Esta página es requerida para los residentes de Wisconsin únicamente.

Poder legal para el documento de directivas del cuidado de la salud

Aviso a la persona llenando este documento:

Usted tiene el derecho de tomar decisiones acerca del cuidado de su salud. No se le ofrecerá cuidado de la salud si usted no lo desea, y el cuidado necesario no será detenido o suspendido si usted tiene objeción.

Debido a que sus proveedores del cuidado de salud en algunos casos no han tenido la oportunidad de establecer una relación a largo plazo con usted, no están familiarizados con sus creencias y valores, y los detalles de sus relaciones familiares. Esto puede ser un problema si usted no puede física o mentalmente tomar decisiones acerca de su cuidado.

Para evitar este problema, puede firmar este documento legal y especificar la persona que usted quiere que tome decisiones del cuidado de su salud por usted, si usted no puede personalmente tomar esas decisiones. Esa persona es su agente del cuidado de su salud. Tómese su tiempo para discutir sus pensamientos y creencias acerca del tratamiento médico con la persona o personas que usted designe. Usted puede declarar en este documento cualquier tipo de cuidado de la salud que usted desea o no, y puede limitar la autoridad de su agente del cuidado de su salud. Si su agente del cuidado no conoce sus deseos respecto a decisiones particulares del cuidado de la salud, él o ella están requeridos a determinar qué es lo que más le conviene a usted cuando toma una decisión.

Este es un importante documento legal. Le da a su agente amplios poderes para tomar decisiones del cuidado de su salud por usted. Revoca cualquier poder legal previo para el cuidado de la salud que haya hecho. Si desea cambiar su poder legal para el cuidado de la salud, puede revocar este documento en cualquier momento, destruyéndolo, indicando a otra persona que lo destruya en su presencia, firmando una declaración por escrito fechada, o al declarar que revoca este documento en presencia de dos testigos.

Si revoca este documento, debe notificar a su agente, a sus proveedores del cuidado de la salud, y cualquier otra persona que tenga una copia. Si su agente es su cónyuge y su matrimonio es anulado o se ha divorciado después de firmar este documento, la designación de su cónyuge como su agente de cuidado de su salud no será válida.

Usted también puede usar este documento para hacer o negar cualquier donación anatómica después de su muerte. Si usa este documento para hacer o negar una donación anatómica, este documento revoca cualquier registro previo que haya hecho. Usted puede revocar o cambiar cualquier donación anatómica que haya hecho en este documento al eliminar la provisión de donación anatómica en este documento.

No firme este documento a menos que lo entienda claramente.

Se sugiere que usted guarde el original de este documento en su registro médico con su doctor.

Nombre _____ Fecha _____

EMMS Foundation: www.metrodoctors.com 612-362-3704 Revised August 2011

Parte 2: Mis directivas para el cuidado de la salud

Mis elecciones y preferencias para mi cuidado de la salud son las siguientes. Pido a mi agente que las represente, y a mis doctores (y/o quipo del cuidado de mi salud) que las respete, en caso que no puede comunicarme. **He puesto mis iniciales en el cuadro de la opción que yo prefiero para cada circunstancia a continuación.**

Nota: No es necesario que dé instrucciones por escrito para los tratamientos para extender su vida, pero es bueno hacerlo. Si decide no hacerlo, su agente tomará la decisión basándose en sus directiva orales, o lo que considere que es lo mejor para usted.

1. Tratamientos para prolongar mi vida

Si llego a un punto en el que no puedo tomar mis propias decisiones y es razonablemente certero que no recobraré la habilidad para saber quién soy (para los residentes de Wisconsin, si tengo una condición terminal o estoy en estado vegetativo persistente):

Deseo **detener o suspender todos los tratamientos** que prolonguen mi vida. Incluyendo y sin limitar los tubos de alimentación, líquidos por vías intravenosas (IV, respirador / ventilador (máquina para ayudar a respirar), resucitación cardiopulmonar (RCP) y antibióticos.

ó bien

Deseo que se me proporcionen todos los tratamientos apropiados recomendados por mi doctor, hasta que mi doctor y agente estén de acuerdo con que dichos tratamientos son dañinos o no están ayudando.

Comentarios o direcciones a los proveedores del cuidado de la salud:

Con cualquiera de las dos opciones, comprendo que continuaré recibiendo medidas para aliviar el dolor y tener comodidad, así como también alimentos y fluidos oralmente si es que puedo tragarlos.

Nombre _____ Fecha _____

2. Resucitación cardio pulmonar (RCP)

RCP es un tratamiento usado para intentar restaurar el ritmo cardiaco y/o la respiración cuando se hayan detenido. Puede incluir compresiones en el pecho (presión con fuerza para hacer que el corazón se contraiga), medicinas, choques eléctricos, y tubo de respiración. Comprendo que el RCP puede salvar mi vida. También comprendo que no funciona óptimamente para personas que han tenido enfermedades crónicas (de largos períodos) y/o funcionamiento incapacitado. Comprendo que la recuperación de RCP puede ser difícil y dolorosa Por lo tanto.

No deseo que se me administre RCP si mi corazón se detiene o dejo de respirar, prefiero entonces permitir que ocurra una muerte natural.

ó bien

Deseo que se me administre RCP a menos que mi doctor determine *cualquiera* de las siguientes:

- Tengo una enfermedad o lesión incurable y estoy muriendo, ó
- No tengo una probabilidad razonable de sobrevivir si mi corazón se detiene o dejo de respirar, ó
- Tengo una probabilidad muy pequeña de sobrevivir a largo plazo si mi corazón se detiene o dejo de respirar y el proceso de RCP me causará gran sufrimiento.

ó bien

Deseo que se me administre RCP si mi corazón o respiración se detienen.

3. Preferencias de tratamiento

Anexo mis preferencias de tratamiento para mis condiciones de salud específicas. Estas declaraciones describen mis elecciones de tratamiento. Con cualquiera de las dos opciones, comprendo que continuaré recibiendo medidas para aliviar el dolor y tener comodidad, así como también alimentos y fluidos oralmente si es que puedo tragarlos.

Nombre _____ Fecha _____

EMMS Foundation: www.metrodoctors.com 612-362-3704 Revised August 2011

Parte 3: Lo que espero y deseo que suceda (Opcional)

Deseo que mis seres queridos conozcan mis siguientes pensamientos y sentimientos:

1. Las cosas que hacen que la vida valga la pena vivirla para mí son:

2. Mis creencias acerca de cuando ya no vale la pena vivirla:

3. Mis elecciones acerca de tratamientos médicos específicos, si es que las tiene (puede incluir deseos respecto a respiradores, diálisis, antibióticos, tubos de alimentación, etc.):

4. Mis pensamientos y sentimientos acerca de cómo y dónde quiero morir:

5. Si estoy cerca de morir, quiero que mis seres queridos sepan que apreciaría lo siguiente para comodidad y apoyo (rituales, rezos, música, etc.):

6. Mis afiliaciones religiosas:

Soy de la fe _____, y miembro de la comunidad de _____ en la ciudad de _____. Por favor intenten notificarlos acerca de mi muerte y hagan los arreglos para que ellos proporcionen mi funeral / ceremonias / entierro. Quiero incluir en mi funeral, si es posible lo siguiente: (gente, música, rituales, etc.):

7. Donación de órganos (deje en blanco si no tiene preferencias):

_____ Deseo donar mis ojos, tejidos y/u órganos, si es posible. Mis deseos específicos (si los tiene) son:

_____ No deseo donar mis ojos, tejidos y/u órganos.

Nombre _____ Fecha _____

8. Otros deseos/ instrucciones:

Nombre _____ Fecha _____

EMMS Foundation: www.metrodoctors.com 612-362-3704 Revised August 2011

Parte 4: Autoridad legal

Bajo la ley de Minnesota, usted debe firmar este documento y fecharlo en presencia de dos testigos ó de un notario público. **Los residentes de Wisconsin deben firmar este documento y fecharlo enfrente de dos testigos. (Trabajadores sociales, capellanes son los dos únicos proveedores de cuidado de salud que pueden fungir como testigos en Wisconsin.)**

He hecho este documento voluntariamente, con un pensamiento claro, y este documento expresa mis deseos acerca de las decisiones futuras del cuidado de mi salud:

Firma: _____ Fecha: _____

Si no puedo firmar ni nombre, pido que la siguiente persona firme por mí: _____

Firma(de la persona que se le pide que firme) : _____ Fecha: _____

Declaración del testigo: Soy testigo de la firma de este documento. Certifico que no soy un agente designado en este documento.

Si soy proveedor del cuidado de la salud o empleado de un proveedor del cuidado de la salud cuidando directamente de la persona que se indica arriba, debo escribir mis iniciales en esta línea: _____. Al menos un testigo no debe ser proveedor o empleado de un proveedor y que le esté dando cuidado directo en el día que este documento es firmado. **Los testigos de Wisconsin no pueden estar relacionados por sangre, matrimonio, adopción o que sea su pareja domestica, tampoco puede tener derecho a la herencia de la persona ni puede ser responsable directo financieramente de su cuidado de la persona listada.**

Testigo número uno:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre _____

Dirección _____

Testigo número dos:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre _____

Dirección _____

Nombre _____ Fecha _____

Notario público: En mi presencia en _____ (fecha), _____
(nombre) reconozco como su firma en este documento o reconozco que él o ella autorizaron a la
persona firmando este documento a firmar por él ó ella. Yo no soy el agente designado en este
documento.

Firma del notario: _____

Sello del notario:

Parte 5: Los pasos siguientes

Ahora que ha completado las directivas del cuidado de su salud, usted debe también seguir los siguientes pasos.

- Informe a la persona que lo ha elegido como su agente del cuidado de su salud, si no lo ha hecho ya. Asegúrese que él o ella pueda llevar a cabo este importante trabajo para usted en el futuro.
- Entregue una copia de sus directivas de cuidado de su salud a su agente.
- Hable con el resto de su familia y amigos cercanos que puedan estar involucrados si usted sufre una lesión o enfermedad seria. Asegúrese de que ellos saben quién es su agente del cuidado de su salud, y de que saben sus deseos.
- Dele una copia de sus directivas del cuidado de su salud a su doctor. Asegúrese de que sus deseos sean entendidos y llevados a cabo.
- Guarde una copia de sus directivas donde pueda encontrarla fácilmente.
- Si va al hospital o a un asilo, lleve con usted una copia de sus directivas, y pida que la guarden junto con sus registros médicos.
- Revise sus deseos del cuidado de su salud cada vez que le hagan un examen físico o cuando ocurre cualquiera de los siguiente:
 - Cada década – cuando empiece una nueva década en su vida.
 - Muerte – cuando experimente la muerte de un ser querido.
 - Divorcio – cuando experimente un divorcio o un cambio mayor en la familia.
 - Diagnósis – cuando sea diagnosticado con una enfermedad de salud seria.
 - Declino – cuando experimente deterioro de una condición de salud existente, especialmente cuando no puede vivir por sí solo.

Nombre _____ Fecha _____

Copias de este documento se le han dado a:

Agente Primario de Cuidado de la Salud (Principal) – Nombre _____

Teléfono: _____ Cel.: _____

Agente Alternativo de Cuidado de la Salud – Nombre _____

Teléfono: _____ Cel.: _____

Proveedores del Cuidado de la Salud / Clínica:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Si sus deseos cambian, complete un nuevo formulario de directivas del cuidado de la salud y dígame a su agente, familia y doctor y a todas las personas que tengan una copia, que la directiva que ellos tienen es obsoleta.

Nombre _____ Fecha _____



Health Care Directive

Meets legal requirements for Minnesota and Wisconsin residents

Introduction

I have created this document with much thought to give my treatment choices and personal preferences if I cannot communicate my wishes or make my own health care decisions. I have also appointed a health care agent to speak for me. My agent is able to make medical decisions for me, including the decision to decline treatments that I do not want. Any document created before this is no longer legal or valid.

My name: _____

My date of birth: _____

My address: _____

My telephone number: _____

My cell: _____

Part 1: My Health Care Agent

If I am unable to communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care providers have determined that I am not able to make my own health care decisions, I appoint the following person(s) to represent my wishes and make my health care decisions*, including the decision to decline treatments I do not want. When choosing a health care agent I have considered his/her ability to willingly make decisions while being aware of my treatment choices. This person can follow my wishes under times of stress.

Name: _____ Date: _____

My primary (main) health care agent is:

Name: _____

Relationship: _____

Telephone numbers:

(H) _____

(Cell) _____

(W) _____

Address: _____

** I understand that my agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving direct care to me or their spouse, unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption. If my agent is a health care provider or an employee of a health care provider, my reason for choosing him or her is: _____*

If I cancel my primary agent's authority or if my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make a health care decision for me, I name as my alternate agent:

Alternate health care agent:

Name: _____

Relationship: _____

Telephone numbers:

(H) _____

(Cell) _____

(W) _____

Address: _____

Name: _____ Date: _____

Powers of my health care agent

My health care agent automatically has all the following powers when I am unable to speak for myself:

- Make choices for me about my medical care. This includes taking out or not putting in tube feedings, tests, medicine, surgery and decisions of treatments if I am pregnant and all types of mental health treatment, including intrusive mental health treatments or medications. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions.
- Interpret any instruction I have given in this form according to his or her understanding of my wishes, values and beliefs.
- Review and release my medical records and personal files as needed for my medical care.
- Arrange for my medical care and treatment in Minnesota or any other state or location he or she thinks is appropriate. This includes nursing homes and community-based residential facilities.
- Decide which health providers and organizations provide my medical treatment.

Comments or restrictions on the above (e.g., persons you would or would not want to be involved in making decisions on your behalf or limitations on the above powers for your agent): _____

Additional powers of my health care agent: *(If I want my agent to have any of the following powers, I will check the box in front of each statement below)*

- Arrange for and make decisions about the care of my body after death.
- Continue as my health care agent even if a dissolution, annulment or termination of our marriage or domestic partnership is in process or has been completed.
- When I so delegate, make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself.

Name: _____ Date: _____

This page is required for Wisconsin residents only.

Power of Attorney for Healthcare Document

Notice to the Person Making This Document:

You have the right to make decisions about your healthcare. No healthcare may be given to you over your objection, and necessary healthcare may not be stopped or withheld if you object.

Because your healthcare providers in some cases may not have had the opportunity to establish a long-term relationship with you, they are often unfamiliar with your beliefs and values and the details of your family relationships. This poses a problem if you become physically or mentally unable to make decisions about your healthcare.

In order to avoid this problem, you may sign this legal document to specify a person who you would want to make healthcare decisions for you if you become unable to make those decisions personally. That person is known as your healthcare agent. You should take some time to discuss your thoughts and beliefs about medical treatment with the person or persons you might specify. You may state in this document any types of healthcare that you do or do not desire, and you may limit the authority of your healthcare agent. If your healthcare agent is unaware of your desires with respect to a particular healthcare decision, he or she is required to determine what would be in your best interests in making the decision.

This is an important legal document. It gives your agent broad powers to make healthcare decisions for you. It revokes any prior power of attorney for healthcare that you may have made. If you wish to change your Power of Attorney for Healthcare, you may revoke this document at any time by destroying it, by directing another person to destroy it in your presence, by signing a written and dated statement, or by stating that it is revoked in the presence of two witnesses.

If you revoke, you should notify your agent, your healthcare providers and any other person to whom you have given a copy. If your agent is your spouse and your marriage is annulled or you are divorced after signing this document, the designation of your spouse as healthcare agent shall no longer be valid.

You may also use this document to make or refuse to make any anatomical gift upon your death. If you use this document to make or refuse to make an anatomical gift, this document revokes any prior record of gift you may have made. You may revoke or change any anatomical gift that you make in this document by crossing out the anatomical gifts provision in this document.

Do not sign this document unless you clearly understand it.

It is suggested that you keep the original of this document on file with your physician.

This page is required for Wisconsin residents only.

Name: _____ Date: _____

Part 2: My Health Care Instructions

My choices and preferences for my health care are as follows. I ask my agent to represent them, and my doctors (and/or health care team) to honor them, should I become unable to make my own health care decisions or communicate my wishes. *I have checked the box below for the option I prefer for each circumstance.*

Note: You do not need to provide written instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you choose not to, your health care agent will make decisions based on your spoken directions or on what is considered to be in your best interest.

1. Treatments to prolong my life:

If I reach a point where I can no longer make decisions for myself and it is reasonably certain that I will not recover my ability to know who I am (For Wisconsin residents, if I have a terminal condition or am in a persistent vegetative state):

I want to **stop or withhold all treatments** that are prolonging my life. This includes but is not limited to tube feedings, IV (intravenous) fluids, respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), and antibiotics.

or

I **do want** all appropriate treatments recommended by my doctor, until my doctor and agent agree that such treatments are harmful or no longer helpful.

Comments or directions to health care providers:

With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and fluids by mouth if I am able to swallow.

Name: _____ Date: _____

2. Cardiopulmonary resuscitation. CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. It may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the heart contract), medicines, electrical shocks, and a breathing tube. I understand that CPR can save a life. I also understand that it does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases and/or impaired functioning. I understand that recovery from CPR can be painful and difficult. Therefore:

I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops, but rather, want to permit a natural death.

or

I want CPR attempted unless my doctor determines any of the following:

- I have an incurable illness or injury and am dying; or
- I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops, or
- I have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and the process of resuscitation would cause significant suffering

or

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.

3. Treatment Preferences.

I have attached treatment preferences for my specific health condition(s). These statements describe my treatment choices. With any treatment choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as foods and fluids by mouth if I am able to swallow.

Name: _____ Date: _____

Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings:

1. The things that make life most worth living to me are:

2. My beliefs about when life would be no longer worth living:

3. My choices about specific medical treatments, if any (this could include your wishes regarding ventilators, dialysis, antibiotics, tube feedings etc.):

4. My thoughts and feelings about how and where I would like to die:

Name: _____ Date: _____

5. If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.):

6. Religious affiliation

I am of the _____ faith, and am a member of _____ faith community in (city) _____. Please attempt to notify them of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial. I would like to include in my funeral, if possible, the following (people, music, rituals, etc.):

7. Organ donation (leave blank if you have no preference).

I do want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My specific wishes (if any) are:

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.

8. Other wishes/instructions:

Name: _____ Date: _____

Part 4: Legal Authority

Under Minnesota law, you must have this document signed and dated in the presence of two witnesses or a notary public. **Wisconsin residents must have this document signed and dated in front of two witnesses. (Social workers and chaplains are the only health care providers who can witness in Wisconsin.)**

I have made this document willingly, I am thinking clearly, and this document expresses my wishes about my future health care decisions:

Signature: _____ **Date:** _____

If I cannot sign my name, I ask the following person to sign for me:

Signature (of person asked to sign): _____

Statement of Witnesses:

I personally witnessed the signing of this document, and I certify that I am not appointed as a health care agent in this document.

If I am a health care provider or an employee of a health care provider giving direct care to the person listed above, I must initial this line: _____.

At least one witness cannot be a provider or an employee of the provider giving direct care on the day this document is signed. **Wisconsin witnesses cannot be related to the person listed above by blood, marriage, adoption or domestic partnership, cannot have a claim on the person's estate or be directly financially responsible for their health care.**

Witness Number One:

Signature _____ Date _____

Print name _____

Address _____

Witness Number Two:

Signature _____ Date _____

Print name _____

Address _____

Name: _____ Date: _____

or

Notary Public:

In my presence on _____ (date), _____
(name) acknowledged his or her signature on this document or acknowledged
that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her
behalf. I am not named as a health care agent in this document.

Signature of notary: _____

Notary stamp:

Part 5: Next Steps

Now that you have completed your health care directive, you should also take
the following steps.

- Tell the person you named as your health care agent, if you haven't already
done so. Make sure he or she feels able to perform this important job for you
in the future.
- Give your health care agent a copy of your health care directive.
- Talk to the rest of your family and close friends who might be involved if
you have a serious illness or injury. Make sure they know who your health
care agent is, and what your wishes are.
- Give a copy of your health care directive to your doctor. Make sure your
wishes are understood and will be followed.
- Keep a copy of your health care directive where it can be easily found.
- If you go to a hospital or nursing home, take a copy of your health care
directive and ask that it be placed in your medical record.
- Review your health care wishes every time you have a physical exam or
whenever any of the "Five D's" occur:

Name: _____ Date: _____

Decade – when you start each new decade of your life.

Death – whenever you experience the death of a loved one.

Divorce – when you experience a divorce or other major family change.

Diagnosis – when you are diagnosed with a serious health condition.

Decline – when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.

Copies of this document have been given to:

Primary (Main) Health Care Agent

Name: _____

Telephone: _____

Cell: _____

Alternate Health Care Agent

Name: _____

Telephone: _____

Cell: _____

Health Care Provider/Clinic

Name: _____

Telephone: _____

Name: _____

Telephone: _____

Name: _____

Telephone: _____

If your wishes change, fill out a new health care directive form and tell your agent, your family, your doctor, and everyone who has copies of your old health care directive forms.

Name: _____ Date: _____