



**PLANEANDO PARA TOMAR
DECISIONES MÉDICAS:**

Consentimiento informado

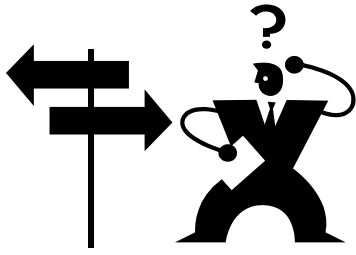
Poder Notarial para Atención Médica

Testamento en Vida (para decisiones en caso que haya que
terminar la vida)

Directiva de Cuidado Médico con Anticipo

Comfort ONE- DNR/CPR Directiva

Donación de Organos



El planear para tomar decisiones de atención medica tiene muchas partes que debería saber antes de tomar decisiones sobre su atención o tratamiento médico

Derechos del paciente:

Memorial Hospital de Sweetwater County (MHSC) apoya su derecho a tomar decisiones informadas y dar un "*consentimiento informado*".

MHSC apoya y facilita la participación del paciente en las decisiones sobre la atención, tratamiento y servicios otorgados:

- Usted tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención, tratamiento y servicios médicos.
- Su disposiciones como ultima voluntad, como lo dicta la ley, se identificarán cuando ya no puede tomar decisiones acerca de su atención, tratamiento y servicios médicos. Este representante que es legalmente responsable aprobará decisiones acerca de servicios en su nombre, para tratamiento y atención medicas.
- Su familia, como es apropiado y como es dictado por la ley, con el permiso suyo o el permiso de sus decisiones en su disposición de ultima voluntad, tiene el derecho a participar en decisiones de servicio, tratamiento y atención.

Un **poder notarial para atención medica** es un documento que permite nombrar a alguien para actuar como su "agente" sobre las decisiones de atención médica si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones.

MHSC apoya su derecho a rechazar la atención, tratamiento y servicios conforme la ley y sus Reglamentos. Cuando no es legalmente responsable, MHSC apoya su derecho para abordar cuestiones de fin-de-vida. Su sustituto tiene el derecho de rechazar servicios en su nombre.

MHSC apoya su derecho a las decisiones de fin-de-vida de dirección:

- Usted tiene el derecho a examinar y revisar sus directivas avanzadas. Si usted no tiene una directiva avanzada, opciones estarán disponibles para formular una con asistencia.
- El hospital honrará su directiva avanzada dentro de los límites de la ley y las capacidades del hospital.
- El hospital honrará sus deseos sobre la donación de órganos dentro de los límites de la ley y las capacidades del hospital.

Para evitar el uso de tratamientos que no desea, puede llenar un formulario llamado "**Cuidado de la salud dictado por adelantado**".



Cuidado de la salud dictado por adelantado

<http://www.health.wyo.gov/aging/resources/advance.html>

¿Qué es la instrucción de cuidado de la salud?

El cuidado de salud anticipadas de Wyoming es un documento legal que le permite:

- Nombrar un agente para tomar decisiones de atención médica para usted si usted llega a ser incapaz de comunicarse o tomar sus propias decisiones
- Nombrar un agente alternativo en caso de que su primera opción no este disponible, dispuesto o razonablemente disponible, para tomar decisiones por usted
- Designar el nivel de poder de decisión de su agente (s)
- Designar a una persona para actuar como su tutor si un tribunal determina que lo necesita
- Dar instrucciones específicas sobre la conveniencia de continuar, retener, o retirar el tratamiento, incluyendo nutrición e hidratación, así como tratamiento para alivio del dolor
- Expresar si desea que sus órganos o tejidos sean donados después de su fallecimiento
- Designar un supervisor médico que tenga la responsabilidad primordial de su cuidado

¿Que reemplaza esto?

El formulario adjunto tiene el potencial para tomar el lugar de un testamento vital, un poder notarial duradero para el cuidado de la salud y una designación sobre donación de órganos. Si ya ha completado estas formas, todavía podría llenar el formulario adjunto para asegurar que sus deseos se registren adecuadamente y se aceptarán mientras está en el estado de Wyoming.

Documentos completa y correctamente ejecutados antes de que el cuidado de la salud de Wyoming anticipadas fuera disponible e 01 de julio de 2005, **seguirán siendo válidos**, pero esto es un buen momento para revisar los documentos que ya tiene en su lugar.

Si usted completa el documento adjunto, por favor, destruya cualquier documento antiguos para evitar confusiones. Notifique a su agente designado, familia, amigos, el médico y el hospital local de la nueva directiva anticipada.

¿Cuándo entra en vigor la instrucción de cuidado medico?

Es válido una vez que usted, sus testigos o notario público lo hayan firmado. No tomará efecto hasta que usted este incapaz de tomar sus propias decisiones médicas, y cuando su médico ha determinado que tiene una enfermedad terminal, o que están en un estado permanente inconsciente. **** Esta nueva Directiva permite designar una forma diferente de determinar incapacidad, y también le permite poner la Directiva en Entra en vigor inmediatamente después de terminar si desea que otra persona asuma responsabilidad como su agente.**



“No Resucitar” (DNR)

¿Es lo mismo que una "orden de no resucitar" (DNR) una directiva anticipada de atención de medica?

No. La instrucción de salud cubre casi todos los tipos de tratamientos y procedimientos de soporte vital y es puesta en su lugar si usted tiene una enfermedad terminal o en un permanente estado inconsciente. El cuidado de la salud por adelantado se suspende durante la atención médica de emergencia, ya sea proporcionado por un técnico médico de emergencia, un médico de urgencias, o por un proveedor de salud similares. Los Servicios de Emergencias en Wyoming están obligados a proporcionar Resucitación Cardio-pulmonar (RCP), a menos que se les de un escrito de "orden de no resucitar" (DNR) específico. Una vez que está en el cuidado de un médico proveedor primario, se reanuda la Directiva anticipada.



Una orden DNR es un documento preparado por el médico y presentado en el estado de Wyoming bajo su dirección. Este DNR se llama un "**un consuelo**". Es decir, si usted sufre un paro cardíaco, (su corazón deja de latir) o paro respiratorio, (deja de respirar), sus proveedores de atención médica, (incluyendo el personal de emergencia), no deben intentar revivirlo por ningún.

Comfort One

COMFORT ONE® es el nombre de un programa estatal diseñado para permitir a un ciudadano de Wyoming a rechazar la resucitación cardio-pulmonar (RCP) en Wyoming. El programa es administrado por el Departamento de salud de Wyoming, oficina de servicios médicos de emergencia programas. Históricamente, cuando personal de la ambulancia que haya sido enviado, si los proveedores de emergencias fueron obligados a iniciar la reanimación completa, o no reanimación era deseada por el paciente o sus familiares. Además, a menos que se hicieron arreglos especiales, órdenes de no resucitar (DNR) estándar para otras directivas anticipadas no sean honradas generalmente en una situación de emergencia fuera del hospital. El programa, implementado originalmente para alertar a personal de ambulancia de emergencia que un individuo era "DNR", confort One ® es reconocido por sí sola o conjuntamente con un testamento en vida o poder notarial ejecutado correctamente para tomar decisiones médicas.

Wyoming tiene legislación promulgada en 1993 que proporciona a profesionales de la salud la autoridad para retener el CPR cuando la documentación apropiada es archivada en oficinas de servicios de emergencia o programas del Departamento de salud médicos.

Una pulsera especial, que es una simple cadena de oro con las palabras "Confort One ®" grabado en un único disco verde, se proporciona a los solicitantes después que el papeleo correcto es completado y enviado a la oficina. Las personas interesadas deben completar y firmar un formulario de solicitud que también requiere la firma de su médico, devuelva el formulario a la oficina de programas de servicios médicos de emergencia, junto con \$25,00, una cuota que cubre solamente el costo de la pulsera. Cada pulsera se numera y se le asigna un número específico para cada individuo. Los participantes también recibirán una copia de la solicitud que claramente muestre que son un participante confort One ®.

La decisión de participar en el programa de confort One ® requiere que lo piense cuidadosamente y una platica seria con la familia, su guía espiritual y médico. Cabe señalar también que un individuo puede optar por perder su estatus de confort One ® revocado en cualquier momento por notificación escrita tan pronto como sea posible al EMS, el médico de tratamiento y a quienes tienen el Aviso de la Directiva de CPR

Para solicitar una aplicación, por favor llame la oficina EMS gratis al 888-228-8996 (en Wyoming solamente) o 307-777-7955. La aplicación puede obtenerse con previa solicitud por escrito a:

Wyoming Office of Emergency Medical Services, Attn. Comfort One, Hathaway Building, 4th Floor, Cheyenne, WY 82002

El paquete de solicitud Comfort One puede obtenerse por correo electrónico Beth Hollingworth, coordinador de Comfort One en Beth.Hollingworth@health.wyo.gov

Cuando envíe un correo electrónico para la solicitud de un paquete Confort One, por favor de proporcionar: nombre, dirección postal, ciudad y código postal.

La aplicación para Confort One no está disponible para descarga electrónica debido a la necesidad de las firmas en la parte 5 de la forma.



Wyoming
Cuidado de la salud
Formulario de directiva avanzada

Parte 1 – esta sección del formulario es un poder notarial para atención de la salud. Parte 1 le permite nombrar a otro individuo como representante para tomar decisiones de atención médica para usted si usted llegue a ser incapaz de tomar sus propias decisiones, o si quiere que alguien más tome esas decisiones por usted ahora, aunque usted es todavía capaz. A menos que usted firma el formulario limita la autoridad de su agente, su agente puede tomar todas las decisiones de atención médica por usted. Este formulario tiene lugar para limitar la autoridad de su agente. Usted no necesita limitar la autoridad de su agente si desea contar con su agente para todas las decisiones de atención de salud que tenga que hacerse. Si no desea limitar la autoridad de su agente, su agente tendrá el derecho de:

- Dar consentimiento o negarse a consentir a atención, tratamiento, servicio o procedimiento que pretende mantener, diagnosticar o de lo contrario afectar una condición física o mental.
- Selección o cambio de las instituciones y proveedores de atención médica.
- Aprobar o desaprobado los exámenes de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos, medicamentos y órdenes de no resucitar.
- Dirigir la prestación, retención o retirada de hidratación y Nutrición artificial y todas las otras formas de atención de la salud.

Parte 2 – la segunda sección de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención médica. Las opciones se proporcionan para que usted exprese sus deseos con respecto a la provisión, retención o retirado del tratamiento para mantenerlo vivo, incluyendo la provisión de nutrición e hidratación artificial, así como la provisión de alivio del dolor. También se proporciona espacio para añadir las opciones que usted ha hecho, o para escribir cualquier deseo adicional.

Parte 3 – la tercera sección de este formulario le permite expresar su intención de donar sus órganos y tejidos después de su muerte.

Parte 4 – la sección final de este formulario le permite designar a un supervisor médico que tiene la responsabilidad primordial de su atención médica.

Después de completar este formulario, ponga la firma y fecha al final. Esta forma debe ser firmada ante un notario público **o, como alternativa**, presenciada por dos 2 testigos. (Ver formulario para las pautas en quien puede/no puede ser testigo de su documento).

Recuerde hablar a la persona que ha nombrado como agente para asegurarse de que él o ella entienda sus deseos y este dispuesta a asumir la responsabilidad.

Debe tener cuidado de salud asignado por adelantado en un lugar seguro donde miembros de su familia puedan tener acceso. No guarde las copias originales en su caja fuerte. Debe dar copias de estos documentos a tantas personas como usted guste: a su cónyuge y otros miembros de la familia, su médico, su abogado, guía espiritual y hospital local u hogar de ancianos donde usted puede residir. Otra idea es mantener una pequeña

tarjeta en su cartera o billetera que indica que usted tiene una directiva anticipada y que persona debe ser contactada.

Usted tiene el derecho de revocar por anticipación o reemplazar este formulario en cualquier momento.

- 1) El poder notarial para atención de la salud parte de la Directiva puede ser revocado mediante la firma de una notificación por escrito al agente o notificando personalmente al médico designado.
- 2) En caso de una separación legal, nulidad o divorcio, automáticamente se revoca un poder notarial que señala a un cónyuge como agente.
- 3) Otras porciones de la Directiva pueden ser cambiados o revocados de manera que comunique sus deseos.



Preguntas y respuestas frecuentes

1) ¿tengo que tener un cuidado de la salud por adelantado?

No, es decisión suya si desea preparar los documentos. Pero si surgen preguntas sobre el tipo de tratamientos médicos que usted quiere, o no, una directiva anticipada puede ayudar a resolver estos temas tan importantes.

2) ¿Qué pasará si no tengo un cuidado de la salud por adelantado?

Usted recibirá atención médica aunque no tenga ningún documento anticipado. Sin embargo, hay una gran oportunidad que usted recibirá más tratamiento o más procedimientos que usted prefiera.

Si no puedes hablar por sí mismo y no tiene ningún avance directivo, su médico o cualquier otro proveedor de cuidado de la salud se preguntara a las siguientes personas en el orden indicado para tomar decisiones sobre su cuidado:

Su cónyuge, a menos que ese legalmente separados; 2) alguno de sus hijos adultos; 3) cualquiera de sus padres 4) cualquiera de sus abuelos 5) alguno de sus hermanos adultos o hermanas 6) alguno de sus nietos adultos 7) cualquier otro adulto que ha mostrado especial preocupación por usted y que está familiarizado con sus deseos personales.

3) ¿Con Quien debo hablar sobre salud anticipadas?

Hable con la gente más cercana a usted y que están preocupados por su cuidado y deseos. Hable de este tema con su médico, amigos y otras personas apropiadas, tales como un miembro de su religión o su abogado. Estas son las personas que estarán involucradas con su médico si usted es incapaz de tomar sus propias decisiones.

4) ¿Será seguido mi salud por adelantado?

En general, sí, si cumplen con la ley de Wyoming. Es posible que su médico u otro proveedor de atención médica no puede, o no va a seguir sus instrucciones anticipadas por razones morales, religiosos o profesionales, aunque cumplen con la ley de Wyoming. Si esto sucede, debe inmediatamente notificarlo. Luego debe ayudar a transferir a otro médico o instalaciones que harán lo que quieras.

5) ¿Un cuidado de la salud de Wyoming anticipadas será homenajeado en otros Estados?

Las leyes sobre las directivas anticipadas difieren de un estado a otro, así que no está claro si una directiva anticipada Wyoming será homenajeado en otro estado. Debido a una directiva anticipada es una clara expresión de sus deseos acerca de la atención médica, influirá esa atención no importa de donde eres admitido. Sin embargo, si usted planea gastar una gran cantidad de tiempo en otro estado, deberías considerar firmar una directiva anticipada que cumple todos los requisitos legales de ese estado.

6) ¿Cuáles son "tratamientos de soporte vital", "condiciones de terminales" y "estado inconsciente permanente"?

Tratamientos de soporte vital – son los tratamientos o procedimientos que no se esperan que cure su enfermedad terminal o cause mejoría. Sólo posponen la muerte. Ejemplos son respiradores mecánicos, que ayudan a respirar, diálisis renal, que limpia el cuerpo de desechos y resucitación cardiopulmonar (RCP), que restaura los latidos del corazón.

Enfermedad terminal – una enfermedad terminal se define como una condición incurable para la cual la administración del tratamiento médico sólo prolongará el proceso de muerte y sin la administración de estos tratamientos o procedimientos, la muerte llegara en un período de tiempo relativamente corto.

Estado inconsciente permanente– un estado inconsciente permanente significa que un paciente está en un estado de coma permanente o en cualquier estado de inconsciencia, causada por enfermedad, lesión o condición medica. El paciente está totalmente inconsciente de sí mismo, su entorno y su medio ambiente y a un grado razonable de certeza médica; No puede haber ninguna recuperación.

Puede obtenerse información adicional sobre las directivas anticipadas al ponerse en contacto con un abogado o llamando al:

**Memorial Hospital of Sweetwater County
P. O. Box 1359/1200 College Drive
Rock Springs, WY 82901
307-362-3711**

Formulario de Directiva Medica por Anticipación Orientación y Glosario de Wyoming

Usted tiene el derecho a dar instrucciones sobre el cuidado de su propia salud. Usted también tiene el derecho de nombrar a otra persona para tomar decisiones de cuidado de la salud para usted. Este formulario le permite hacer ya sea una o ambas cosas. También le permite expresar sus deseos con respecto a la donación de órganos.

A menos que diga lo contrario, su agente puede tomar todas las decisiones de atención médica por usted. Este formulario tiene un lugar para limitar la autoridad de su agente. A menos que usted limite la autoridad de su agente, el agente tendrá el derecho de:

- a) Dar consentimiento o rehusar consentimiento para cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o de lo contrario afectar una condición física o mental;
- b) Seleccionar o despedir prestadores de salud e instituciones;
- c) Aprobar o rechazar las pruebas de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos, medicamentos y órdenes de no resucitar; y
- d) Dar instrucción directamente sobre la prestación, retención o retiro de hidratación, nutrición artificial y todas las otras formas de atención de la salud.

Si utiliza este formulario, usted puede elegir terminar todo o cualquier parte del tratamiento o puede modificar cualquier parte de él. También es libre de utilizar una forma diferente.

Una vez que haya completado el formulario:

Entregue una copia del formulario completado y firmado a su médico de cabecera, a cualquier otros proveedores de atención médica que tenga, a cualquier institución de salud en el que usted esta recibiendo atención y a agentes sanitarios.

Ponga una copia del formulario en la puerta de su refrigerador u otro lugar donde un respondedor emergencia pueda fácilmente a verla.

Usted debe hablar a la persona que ha nombrado como agente para asegurarse de que lea o completamente entienda sus deseos y este dispuesta a asumir la responsabilidad necesaria.

Usted tiene el derecho de revocar este Directiva de salud anticipada o reemplazar este formulario en cualquier momento.

Glosario de Términos Directiva Anticipada de Salud

Orden de Salud por adelantado: Un término general que describe dos tipos de documentos legales, la instrucción de un individuo y un poder notarial para atención de medicina. Estos documentos permiten a una persona dar instrucciones sobre atención médica futura en caso de que no sea capaz de participar en las decisiones médicas debido a enfermedad o incapacidad grave.

El agente es una persona designada en un poder notarial para decidir sobre atención médica y tomar decisiones de atención médica para la persona que le otorga el poder.

Nutrición e hidratación artificial: suministro de alimentos y agua a través de un conducto, como un tubo o una línea intravenosa donde el receptor no está obligado a masticar o tragar voluntariamente, incluyendo, pero no limitado a, tubos nasogástricos, gastrostomias, jejunostomias e infusiones intravenosas. Hidratación y Nutrición artificial no incluye alimentación asistida, tales como cuchara o biberón.

Capacidad: Capacidad de un individuo para comprender los beneficios importantes, riesgos y alternativas a la propuesta de salud y de tomar y comunicar la decisión sobre el cuidado de salud.

Cuidado de la salud: cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar, o de lo contrario afectar condición física o mental de un individuo.

Decisiones de atención médica: una decisión tomada por un individuo o agente del individuo, tutor o sustituto, en relación con la salud del individuo, que pueden incluir:

- a) Selección y cambio de los proveedores de cuidado de la salud e instituciones;
- b) Aprobación o denegación de las pruebas de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos, programas de medicamentos y órdenes de no resucitar; y c) las direcciones para proporcionar, denegar o retirar la hidratación y Nutrición artificial y todas las otras formas de asistencia sanitaria.

Institución de cuidado de la salud: una institución, centro o agencia con licencia, certificado, o de lo contrario autorizado o permitido por la ley para proporcionar servicios de salud en el curso ordinario del tratamiento.

Hospicio: Una institución o servicio que proporciona cuidados paliativos al tratamiento médico y no se espera que cure la enfermedad o prolongue la vida.

Instrucción individual: Un individuo expresa lo que desea sobre una decisión de cuidado de la salud.

Glosario del Avance de Directiva Médica

(continua)

Notario público: Una persona que toma juramentos, certifica documentos, toma de declaraciones juradas y certifica la autenticidad de las firmas.

Médico: Una persona autorizada para ejercer medicina bajo el Acta de Prácticas Médicas de Wyoming.

Principal: La persona que da autoridad a un agente para tomar decisiones de atención médica en caso que la persona se encuentre incapacitada, también, la persona para quien ha sido creado el cuidado de la salud por adelantado.

Poder notarial para atención de la salud: la designación de un agente para tomar decisiones de atención de la salud por el individuo que otorga el poder. Este tipo de directiva anticipada podría también llamarse un poder de atención médica, o un poder notarial duradero para el cuidado de salud.

Asistencia médica: cualquier persona con licencia bajo los estatutos de Wyoming practicando dentro de los límites de su licencia como un médico con licencia, asistente médico con licencia o enfermera de práctica avanzada con licencia.

Médico primario: un médico designado por un individuo o agente del individuo, guardián, o sustituto para tener responsabilidad primaria por la salud del individuo o, en ausencia de una designación, o si el médico designado no está razonablemente disponible, un médico que se compromete a tomar la responsabilidad.

Wyoming Advance Health Care Directive Form for:

(Print your full name)

(Date of Birth)

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.



Print your full name: _____

Today's date: _____ Initial that you have completed the page: _____

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. This form is in compliance 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:

(name of person you choose as your agent)

(address)

(city) (state) (zip code)

(home phone) (work phone) (cell phone)

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:**

(name of person you choose as your alternate agent)

(address)

(city) (state) (zip code)

(home phone) (work phone) (cell phone)

(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.)



Print your full name: _____

Today's date: _____ Initial that you have completed the page: _____

(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 one (1) option**):

Check Initial

_____ If I check the box and initial, my agent's authority to make health care decisions for me becomes effective only 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 decisions for me becomes effective only when my primary physician (and **not** 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.



Print your full name: _____

Today's date: _____ Initial that you have completed the page: _____

PART 2: INSTRUCTIONS FOR HEALTH CARE

(5) End-of-Life decisions: I direct that those involved in my care provide, withhold or withdraw treatment 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 provided, withheld or withdrawn in accordance with the choice I have made in paragraph (5) unless I have checked and initialed **one** of the boxes below:

Check Initial

_____ I **want** artificial nutrition regardless of my condition.

_____ I **do NOT** want artificial nutrition regardless of my condition.

_____ I **want** artificial hydration regardless of my condition.

_____ I **do NOT** want artificial hydration regardless of my condition.

801248 R 02/21



ADVANCE DIRECTIVE

Print your full name: _____

Today's date: _____ Initial that you have completed the page: _____

(7) Relief from pain:

Check Initial

_____ I **want** treatment for the alleviation of pain or discomfort at all times;

OR

_____ I **do NOT** want treatment for the alleviation of pain or discomfort.

(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 www.donoregistry.org).

_____ (c) I **do NOT** wish to donate my body, organs and/or tissues.



Print your full name: _____

Today's date: _____ Initial that you have completed the page: _____

PART 4: INFORMATION ABOUT MY HEALTH CARE PROVIDER

(10) The following physician is my primary physician:

(name of physician)

(address)

(city) (state) (zip code)

(phone)

More information about my health care can be obtained through:

(name of health care institution/hospice)

(address)

(city) (state) (zip code)

(phone)

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

SIGNATURE (Sign and date the form here):

(print your name)

(sign your name) (date)

(address)

(city) (state) (zip code)



SIGNATURES OF WITNESSES or NOTARY PUBLIC:

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

First witness

(print witness' name) (address)

(signature of witness) (date)

Second witness

(print witness' name) (address)

(signature of witness) (date)

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: _____.

Notary Public's signature



