

# CINCO DESEJOS<sup>®</sup> FIVE WISHES<sup>®</sup>

## MEU DESEJO COM RELAÇÃO A(AO):

1 Quem deve tomar as decisões sobre os meus cuidados quando eu não puder fazê-lo

2 Tipo de tratamento médico que eu quero ou não quero receber

3 Nível de conforto que eu quero ter

4 Como eu quero que as pessoas me tratem

5 O que deve ser informado para os meus entes queridos

escreva seu nome  
em letra de forma

print your name

data de nascimento

birthdate



# Cinco Desejos

*Há muitas coisas na nossa vida que estão fora do nosso controle. O livreto Cinco Desejos oferece uma forma de controlar algo muito importante - como você quer ser tratado se ficar gravemente doente. É fácil preencher o documento, nele você pode especificar exatamente o que deseja. Após seu preenchimento e assinatura ele passa a ter força legal na maioria dos estados.*

## O que é o Cinco Desejos?

Cinco Desejos é o primeiro testamento em vida (living will) que trata das suas necessidades pessoais, emocionais e espirituais, assim como das médicas. Ele permite que você designe a pessoa que deve tomar as decisões de saúde por você, caso você não possa fazê-lo. O Cinco Desejos permite que você diga exatamente como quer ser tratado se ficar gravemente doente. Ele

foi redigido com ajuda da Comissão sobre os problemas legais e de idosos (Commission on Law and Aging, em inglês) da Ordem dos Advogados dos EUA (The American Bar Association, em inglês) e os principais estudiosos dos cuidados na fase final da vida. É sobretudo fácil de usar. Basta marcar um quadrado, fazer um círculo na instrução desejada, ou escrever algumas sentenças.

## Como o Cinco Desejos pode ajudar você e sua família

- Ele permite que você discuta com sua família, amigos e médico sobre como deseja ser tratado se ficar gravemente doente.
- Com ele, seus parentes não precisam adivinhar o que você quer. E oferece uma proteção caso você fique gravemente doente, pois eles não precisam fazer escolhas penosas tentando adivinhar o que você gostaria.
- Você pode saber o que o seu pai, mãe, cônjuge ou amigo desejam através do testamento em vida Cinco Desejos. Você pode estar lá pessoalmente, quando eles precisarem de você. E pode saber o que eles realmente querem.

## Como surgiu o Cinco Desejos

Um homem chamado Jim Towey trabalhou 12 anos com a Madre Teresa, e morou por um ano em um hospice (cuidado paliativo em local de tratamento voltado para o conforto, quando a cura já não é mais esperada) em Washington, D.C. administrado por ela. Inspirado por essa experiência de vida, Jim pesquisou como os pacientes e suas famílias poderiam se preparar

com antecedência para enfrentar uma doença grave. O resultado foi o Cinco Desejos, e a resposta tem sido impressionante. Ele foi convidado do programa *Today Show* das redes de televisão CNN e NBC, e foi matéria das revistas *Time* e *Money*. Os jornais chamam o Cinco Desejos do “primeiro testamento em vida com coração”.

## Quem deve usar o Cinco Desejos

O Cinco Desejos é para qualquer pessoa com mais de 18 anos - casada, solteira, pais, filhos adultos e amigos. Mais de oito milhões de americanos, de todas as idades, já o adotaram.

Por ser tão eficaz, advogados, médicos, hospitais e hospícios, comunidades religiosas, empregadores e grupos de aposentados estão distribuindo esse documento.

## Os estados que adotam o Cinco Desejos

Se você mora no **Distrito de Columbia** ou em um dos **40 estados** relacionados abaixo, você pode usar o Cinco Desejos e ter a paz de espírito de saber que ele atende aos requisitos legais básicos desses estados.

Alasca	Idaho	Missouri	Rhode Island
Arizona	Illinois	Montana	Carolina do Sul
Arkansas	Iowa	Nebraska	Dakota do Sul
Califórnia	Luisiana	Nova Jérsey	Tennessee
Colorado	Maine	Novo México	Vermont
Connecticut	Maryland	Nova York	Virgínia
Delaware	Massachusetts	Carolina do Norte	Washington
Flórida	Michigan	Dakota do Norte	West Virginia
Geórgia	Minnesota	Oklahoma	Wisconsin
Havaí	Mississippi	Pensilvânia	Wyoming

Se o estado onde você mora não consta da lista de 40 nomes, o Cinco Desejos não atende aos requisitos técnicos da legislação desse estado. Por esse motivo, alguns médicos do seu estado podem hesitar em cumprir o Cinco Desejos. Contudo, muitas pessoas que moram nos estados excluídos da lista adotam o Cinco Desejos além do formulário oficial do estado. Elas acham que o Cinco Desejos é útil, pois nele podem especificar tudo que desejam e orientar seus parentes, amigos, encarregados de cuidados e médicos. A maioria dos médicos e profissionais de saúde sabe que precisam atender seus desejos, não importa como você os expresse.

## Como fazer para mudar para o Cinco Desejos?

Talvez você já tenha feito um testamento em vida ou uma procuração permanente para assuntos de saúde (*durable power of attorney*). Se você preferir usar o **Cinco Desejos**, basta preencher os dados e assinar o novo **Cinco Desejos** conforme as instruções. Uma vez assinado, ele substitui todas as orientações antecipadas (*advanced directives*) que você tenha feito. Para ter certeza de estar usando o formulário adequado, faça o seguinte:

- Destrua todas as cópias do antigo testamento em vida ou da procuração permanente para assuntos de saúde. Ou escreva “revoked” (revogado) em letras grandes na cópia que está com você. Avise seu advogado se ele o ajudou a redigir os documentos antigos. *E*
- Avise seu Agente de Assuntos de Saúde, parentes e médico que você adotou o novo Cinco Desejos. Confira se eles estão cientes dos seus novos desejos.

# DESEJO 1 — WISH 1

## Quem deve tomar as decisões sobre os meus cuidados quando eu mesmo não puder tomá-las. The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.

*C*aso eu não possa mais decidir sobre meus cuidados de saúde, este documento indica o nome da pessoa que eu quero que tome estas decisões por mim. Essa pessoa será o meu Agente de Assuntos de Saúde (ou outra denominação usada no meu inventário, como procurador, representante ou tutor). Essa pessoa deve tomar as decisões de saúde por mim, caso aconteçam estas duas coisas:

- *O médico encarregado do meu atendimento ou tratamento for de opinião que eu não estou mais apto a tomar decisões, E*
- *Outro profissional de saúde concordar com esse parecer.*

*Se no estado onde moro existir outra forma de estabelecer que eu não estou mais apto a tomar decisões quanto aos meus cuidados médicos, as disposições do estado devem ser cumpridas.*

*I*f I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

*If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.*

## Como escolher a pessoa certa para ser o seu Agente de Assuntos de Saúde Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent

Escolha alguém que você conheça muito bem, que se preocupe com você e que saiba tomar decisões difíceis. O cônjuge ou um parente pode não ser a pessoa mais indicada, por estarem muito envolvidos emocionalmente. Mas, às vezes, eles são a pessoa mais indicada. Você é quem sabe. Escolha alguém que possa defendê-lo, para que a sua vontade seja cumprida. Outra coisa importante é escolher alguém que more perto, para que possa ajudá-lo quando for preciso. Quer você escolha o cônjuge, um parente ou um amigo para seu Agente de Assuntos de Saúde, não deixe de conversar com ela sobre esse assunto, e assegurar-se de que essa pessoa irá respeitar e cumprir a sua vontade. Seu Agente de Assuntos de Saúde deve ter **no mínimo 18 anos** (no Colorado, no mínimo 21 anos), e **não** pode ser:

- Seu provedor de serviços de saúde, inclusive o proprietário ou administrador de um estabelecimento de saúde ou residencial ou comunitário que esteja lhe prestando serviços.
- Funcionário ou cônjuge de funcionário do seu provedor de saúde.
- Uma pessoa que atue como agente ou procurador de 10 ou mais pessoas, salvo se ele ou ela for seu cônjuge ou um parente próximo.

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they **are** the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

## A pessoa que eu escolho para ser meu Agente de Assuntos de Saúde é:

### The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

---

Nome da pessoa preferida *First Choice Name*

---

Telefone *Phone*

---

Endereço *Address*

---

Cidade/Estado/Código postal *City/State/Zip*

---

Se essa pessoa não estiver apta ou disposta a tomar as decisões por mim, *OU* se estivermos divorciados ou legalmente separados, *OU* se essa pessoa falecer, escolho as pessoas abaixo relacionadas:

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

---

Nome (segunda preferência) *Second Choice Name*

---

Nome (terceira preferência) *Third Choice Name*

---

Endereço *Address*

---

Endereço *Address*

---

Cidade/Estado/Código postal *City/State/Zip*

---

Cidade/Estado/Código postal *City/State/Zip*

---

Telefone *Phone*

---

Telefone *Phone*

### Se eu mudar de idéia quanto a constituir um Agente de Assuntos de Saúde, eu

### If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- destruirei todas as cópias desta parte do formulário do Cinco Desejos. *OU*
- Avisarei alguém, como meu médico ou parente, que desejo cancelar ou mudar meu Agente de Assuntos de Saúde. *OU*
- Escreverei a palavra “Revoked” (Revogado) em letras grandes por cima do nome de cada agente cujos poderes eu desejo cancelar. Assinarei meu nome naquela página.

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- Write the word “Revoked” in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

*Estou ciente que meu Agente de Assuntos de Saúde pode tomar as decisões quanto ao atendimento de saúde por mim. Eu quero que meu Agente tenha poderes para fazer o seguinte: (Se não quiser que seu Agente faça alguma das coisas mencionadas abaixo, risque esse item para excluí-lo.)*

*I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following: (Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)*

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolha em meu nome os cuidados ou serviços médicos a mim prestados, como exames, remédios ou cirurgias. Esse cuidado ou serviço pode ser saber qual é o meu problema de saúde, ou como tratá-lo. Pode também incluir o cuidado para me manter vivo. Se o tratamento ou cuidado já foi iniciado, meu Agente de Assuntos de Saúde pode dar prosseguimento a ele ou mandar que seja suspenso.</li> <li>• Interpretar as instruções constantes deste documento ou fornecidas durante nossas conversas, de acordo com a compreensão do meu Agente de Assuntos de Saúde dos meus desejos e valores.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped.</li> <li>• Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimento para internação em casa de repouso com atendimento médico, hospital, hospice (cuidado paliativo em local de tratamento voltado para o conforto, quando a cura já não é mais esperada) ou casa de repouso. Meu Agente de Assuntos de Saúde pode contratar qualquer tipo de provedor de serviço de saúde que possa me ajudar ou cuidar de mim. Meu Agente pode também dispensar o provedor de serviço de saúde, se necessário.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar, parar ou não dispensar tratamentos médicos, inclusive alimentos e água fornecidos de forma artificial e qualquer outro tratamento que me mantenha vivo.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar e aprovar a divulgação do meu prontuário médico e documentos pessoais. Se for necessária a minha assinatura para consultar esses arquivos, meu Agente de Assuntos de Saúde está autorizado a assinar por mim.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar minha transferência para outro estado para que eu receba os cuidados que preciso ou para cumprir meus desejos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizar ou recusar-se a autorizar qualquer medicamento ou procedimento necessário para ajudar-me a controlar a dor.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar as providências legais necessárias para o cumprimento dos meus desejos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Take any legal action needed to carry out my wishes.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doar meus órgãos ou tecidos aproveitáveis, conforme previsto por lei.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar entrada em meu nome, a requerimento dos programas de saúde Medicare, Medicaid ou outros, ou benefícios de seguro. Meu Agente de Assuntos de Saúde pode examinar meus documentos pessoais, como extratos de banco, para obter as informações necessárias para o preenchimento desses formulários.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguem relacionadas abaixo, eventuais alterações, acréscimos ou restrições aos poderes do meu Agente de Assuntos de Saúde.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.</li> </ul>   |

---



---



---



---

# DESEJO 2 — WISH 2

## Meu desejo sobre o tipo de tratamento médico que eu quero ou não quero receber.

### My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

*Eu acredito que minha vida é valiosa e que eu mereço ser tratado com dignidade. Quando chegar o momento em que eu estiver gravemente doente e não puder me expressar, eu quero que os desejos abaixo, e todas as instruções fornecidas ao meu Agente de Assuntos de Saúde sejam cumpridos e observados.*

*I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.*

#### O que você, a pessoa que cuida de mim, deve ter em mente

- Não quero sofrer dor. Quero que meu médico me dê medicamento suficiente para aliviar a minha dor, mesmo que eu fique em estado de torpor ou durma mais do que o normal.
- Não quero que meus médicos ou enfermeiras deixem de fazer ou omitam alguma coisa com a intenção de tirar minha vida.
- Eu quero que me ofereçam alimentos e líquidos pela boca, e que me mantenham limpo e aquecido.

#### What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

#### In Case Of An Emergency Em caso de emergência

Se você precisar de atendimento médico de emergência e a equipe de primeiros socorros da ambulância chegar, eles poderão procurar um documento ou uma pulseira com a ordem de **Não Ressuscitar** (Do Not Resuscitate). Muitos estados exigem que um formulário com a ordem de **Não Ressuscitar** seja preenchido e assinado por um médico. Esse documento informa à equipe de primeiros socorros da ambulância que você não quer que eles usem tratamento de suporte à vida quando estiver morrendo. Pergunte ao seu médico se é preciso que ele preencha um formulário com instruções para **Não Ressuscitar**.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

## O que o “tratamento de suporte à vida” (Life Support Treatment) significa para mim

Tratamento de suporte à vida é todo procedimento ou aparato médico ou medicamento que me mantenha vivo. O tratamento de suporte à vida inclui: aparatos médicos que ajudem minha respiração, alimentação e hidratação por tubo (entubação); ressuscitação cardiopulmonar (CRP); cirurgia grave; transfusões de sangue; diálise; antibióticos; e o que mais for preciso para me manter vivo. Se eu quiser limitar o significado do tratamento de suporte à vida por causa da minha religião ou convicções pessoais, eu escreverei essa limitação no espaço abaixo. Eu o faço para deixar bem claro o que eu quero e sob quais condições.

---

---

---

---

---

*Segue abaixo, o tipo de tratamento médico que eu quero ou não quero receber, nas quatro situações descritas. Eu quero que meu Agente de Assuntos de Saúde, minha família, meus médicos e outros provedores de serviços de saúde, meus amigos e demais pessoas tenham conhecimento destas instruções.*

### Perto da morte:

Se meu médico e outro profissional de saúde decidirem que minha morte é iminente, e que o tratamento de suporte à vida estaria somente atrasando o momento da morte (escolher *uma* das opções abaixo):

- Eu quero receber tratamento de suporte à vida.**  
I want to have life-support treatment.
- Eu não quero tratamento de suporte à vida. Se já estiver sendo administrado, eu quero que interrompam.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Eu quero o tratamento de suporte à vida se meu médico achar que ele pode ajudar. Mas eu quero que meu médico pare com o tratamento de suporte à vida se não estiver ajudando minha condição de saúde ou sintomas.**  
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

*Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.*

### Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## Estado de coma sem expectativa de saída ou de recuperação:

Se meu médico e outro profissional da saúde decidirem que eu entrei em coma e que não há expectativa de saída ou recuperação, houve lesão cerebral, e o tratamento de suporte à vida somente atrasaria o momento da minha morte (escolha *uma* das opções abaixo):

- Eu quero receber tratamento de suporte à vida.**  
I want to have life-support treatment.
- Eu não quero tratamento de suporte à vida. Se já estiver sendo administrado, eu quero que interrompam.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Eu quero o tratamento de suporte à vida se meu médico achar que ele pode ajudar. Mas eu quero que meu médico pare com o tratamento de suporte à vida se não estiver ajudando minha condição de saúde ou sintomas.**  
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## Lesão cerebral permanente e grave sem expectativa de recuperação:

Se meu médico e outro profissional de saúde decidirem que eu tenho uma lesão cerebral permanente e grave (por exemplo, posso abrir os olhos mas não consigo falar ou entender), não há expectativa de melhora, e o tratamento de suporte à vida somente atrasaria o momento da morte (escolha *uma* das opções abaixo):

- Eu quero receber tratamento de suporte à vida.**  
I want to have life-support treatment.
- Eu não quero tratamento de suporte à vida. Se já estiver sendo administrado, eu quero que interrompam.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Eu quero o tratamento de suporte à vida se meu médico achar que ele pode ajudar. Mas eu quero que meu médico pare com o tratamento de suporte à vida se não estiver ajudando minha condição de saúde ou sintomas.**  
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## Havendo outra condição em que eu não quero ser mantido vivo:

Descrevo abaixo, outra condição sob a qual eu não quero receber tratamento de suporte à vida. Nessa condição, eu acredito que os custos e ônus do tratamento de suporte à vida são muito altos e não correspondem aos benefícios que eu receberia. Por esse motivo, nessa condição, eu não quero receber o tratamento de suporte à vida. (Por exemplo, você pode escrever “condição em fase terminal”. Isso significa que seu estado de saúde piorou. Você não consegue cuidar de si mesmo de nenhuma forma, nem quanto ao aspecto mental nem ao físico. O tratamento de suporte à vida não o ajudará a se recuperar. Deixe o espaço vazio se não precisar descrever outra condição.)

---

---

---

---

---

## In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

*Os próximos três desejos são de ordem pessoal, espiritual e emocional. Eles são importantes para mim. Quero ser tratado com dignidade quando estiver na fase final da minha vida, e gostaria que as pessoas fizessem as coisas descritas nos meus Desejos 3, 4 e 5, quando puderem ser feitas. Eu entendo que minha família, meus médicos e outros provedores de serviços de saúde, meus amigos e outros talvez não possam fazer essas coisas, ou não sejam obrigados por lei a fazê-las. Espero que os desejos abaixo não tragam obrigações legais novas ou adicionais aos meus médicos ou provedores de serviços de saúde. Tampouco espero que esses desejos isentem meu médico ou outros provedores de serviços de saúde da prestação do atendimento adequado previsto por lei.*

*The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.*

# DESEJO 3 — WISH 3

## Meu desejo sobre o nível de conforto que quero ter.

### My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Risque o item abaixo com o qual não concorda, para excluí-lo.) (Please cross out anything that you don't agree with.)

- Não quero sofrer dor. Quero que meu médico me dê medicamento suficiente para aliviar a minha dor, mesmo que eu fique em estado de torpor ou durma mais do que o normal.
- Se eu mostrar sinais de depressão, náusea, falta de ar ou alucinação, quero que os encarregados dos meus cuidados façam o que puderem para me ajudar.
- Gostaria que usassem uma toalha umedecida e fria na minha testa se eu tiver febre.
- Quero que meus lábios e boca sejam mantidos úmidos para evitar o ressecamento.
- Gostaria que me dessem banhos quentes com frequência. Gostaria que meu corpo seja mantido limpo e refrescado o tempo todo.
- Gostaria de receber massagens com óleo morno sempre que possível.
- Gostaria de ouvir meu tipo de música preferido sempre que possível, até minha morte.
- Gostaria que continuassem a cuidar da minha higiene pessoal, como fazer a barba, aparar as unhas, escovar o cabelo e os dentes, desde que não causem dor ou desconforto.
- Eu gostaria que lessem em voz alta textos religiosos e poemas de que gosto quando eu estiver prestes a morrer.
- Eu quero receber mais informações sobre o atendimento *hospice*, pelo qual eu e meus entes queridos recebemos cuidados médicos, emocionais e espirituais.
- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my caregivers to do whatever they can to help me.
- I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.
- I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.
- I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.
- I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.
- I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.
- I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.
- I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.
- I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.

# DESEJO 4 — WISH 4

## Meu desejo de como eu quero ser tratado pelas pessoas.

### My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Risque o item abaixo com o qual não concorda, para excluí-lo.) (Please cross out anything that you don't agree with.)

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria de ter gente perto de mim, quando possível. Quero que alguém esteja comigo quando tudo indicar que minha morte seja iminente.</li></ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que segurassem a minha mão e falassem comigo quando possível, mesmo que eu não pareça responder à voz ou ao toque das pessoas.</li></ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que houvesse pessoas rezando ao meu lado, quando possível.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have others by my side praying for me when possible.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que os membros da minha comunidade religiosa soubessem que estou doente, que rezem por mim e me visitem.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria de ser cuidado com bondade e alegria e não com tristeza.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria de ter fotos dos meus entes queridos no meu quarto, perto da minha cama.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Se eu não puder controlar a evacuação e micção, gostaria que minhas roupas e roupa de cama estejam sempre limpas, e que sejam mudadas assim que possível, se ficarem sujas.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Eu quero morrer em casa, se isso for possível.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I want to die in my home, if that can be done.</li></ul>  |

# DESEJO 5 — WISH 5

**Meu desejo sobre o que eu quero que meus entes queridos saibam.**

## **My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.**

**(Risque o item abaixo com o qual não concorda, para excluí-lo.)**

**(Please cross out anything that you don't agree with.)**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Eu gostaria que minha família e amigos soubessem que eu os amo.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have my family and friends know that I love them.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria de ser perdoado pelas mágoas que causei a minha família, amigos e outras pessoas.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que minha família, amigos e outras pessoas soubessem que eu os perdôo por alguma mágoa que me tenham causado.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que minha família e amigos soubessem que eu não tenho medo da morte. Não acredito que ela seja o fim, mas um novo começo para mim.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que todos os membros da minha família fizessem as pazes antes da minha morte, se puderem.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que minha família e amigos lembrassem de mim como eu era antes de ficar gravemente doente. Eu quero que eles lembrem de mim dessa forma após a minha morte.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.</li></ul>                    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que minha família e amigos e encarregados dos meus cuidados respeitassem meus desejos, mesmo que não concordem com eles.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gostaria que minha família e amigos considerassem o período antes da minha morte como uma fase de crescimento pessoal para todos, inclusive para mim. Isso fará com que a minha vida tenha significado nos meus últimos dias.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.</li></ul> |

• Gostaria que minha família e amigos fizessem terapia se tiverem dificuldade em aceitar minha morte. Quero que as lembranças da minha vida sejam motivo de alegria e não de tristeza para eles.

• I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

• Após a minha morte, gostaria que meu corpo fosse (faça um círculo em um):  
enterrado          ou          cremado.

• After my death, I would like my body to be (circle one): buried          or          cremated.

• Meu corpo ou restos mortais devem ser colocados no seguinte local

• My body or remains should be put in the following location

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

• As seguintes pessoas estão informadas dos meus desejos para o enterro:

• The following person knows my funeral wishes:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

Se alguém perguntar como eu gostaria de ser lembrado, favor dizer o seguinte sobre mim:

*If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:*

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

Se for realizado um funeral, gostaria que ele tivesse o seguinte (relacione a música, canções, leituras ou outros pedidos que você tenha):

*If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):*

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

(Use of espaço abaixo para outros desejos. Por exemplo, você pode doar alguma ou todas as partes do corpo quando morrer. Use uma folha separada se precisar de mais espaço.)

*(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)*

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

## Assinatura do documento Cinco Desejos

*É preciso assinar o Cinco Desejos na presença de duas testemunhas.*

*Eu, \_\_\_\_\_, peço que minha família, meus médicos e outros provedores de serviços de saúde, meus amigos e demais pessoas cumpram meus desejos conforme informados pelo meu Agente de Assuntos de Saúde (se tiver nomeado um e se ele ou ela estiver disponível), ou expressos neste documento. Este documento passa a ter efeito quando eu não mais puder tomar decisões ou falar por mim mesmo. Se alguma parte deste documento não tiver força legal, peço que as demais partes do documento sejam cumpridas. Revogo também as orientações antecipadas de assuntos de saúde que eu tenha estabelecido antes desta data.*

Assinatura *Signature*: \_\_\_\_\_

Endereço *Address*: \_\_\_\_\_

Telefone *Phone*: \_\_\_\_\_ Data *Date*: \_\_\_\_\_

## Signing The Five Wishes Form

*Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.*

*I, \_\_\_\_\_, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.*

## Declaração da testemunha • Witness Statement •

(são exigidas 2 testemunhas):

Eu, testemunha, declaro que conheço pessoalmente a pessoa que assinou ou reconheceu este documento (doravante “pessoa”), que ela assinou ou reconheceu este(s) [documento do Agente de Assuntos de Saúde e/ou Testamento em Vida] na minha presença, e que tudo indica que ela está em pleno uso das suas faculdades mentais, e não está sob nenhuma forma de coação, fraude ou influência externa.

Declaro ainda que tenho mais de 18 anos de idade, e que NÃO sou:

- A pessoa nomeada como (agente/procurador/tutor/defensor dos direitos do paciente/representante) por este documento ou seu tutor,
- O provedor de serviços de saúde da pessoa, inclusive proprietário ou administrador de um estabelecimento de saúde, de cuidados de longo prazo ou outro residencial ou comunitário que esteja atendendo a pessoa,
- Um funcionário do provedor de serviços de saúde da pessoa,
- Responsável financeiramente pelos assuntos de saúde da pessoa,
- Funcionário de provedor de seguro de vida ou de saúde da pessoa,
- Parente consanguíneo, por casamento ou adoção, e
- Pelo que eu saiba, [não sou] credor da pessoa, nem tenho direito a qualquer parte do seu espólio por testamento ou codicilo, por força de lei.

*(Alguns estados podem ter menos regulamentos sobre quem pode ser testemunha. Siga os acima expostos, a não ser que você conheça os regulamentos do seu estado.)*

(2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter “person”) is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person’s health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person’s health care provider,
- Financially responsible for the person’s health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

*(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state’s rules, please follow the above.)*

Assinatura da testemunha No. #1 <i>Signature of Witness #1</i>	Assinatura da testemunha No. # 2 <i>Signature of Witness #2</i>
Nome por extenso da testemunha <i>Printed Name of Witness</i>	Nome por extenso da testemunha <i>Printed Name of Witness</i>
Endereço <i>Address</i>	Endereço <i>Address</i>
Telefone <i>Phone</i>	Telefone <i>Phone</i>

## Reconhecimento de firma por notário • Notarization •

Exigido somente para pessoas residentes nos estados de Missouri, Carolina do Norte, Carolina do Sul e West Virginia  
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- *Se você mora no estado de Missouri, somente a sua assinatura precisa ser reconhecida por notário.*
- *Se você mora nos estados de Carolina do Norte, Carolina do Sul e West Virginia, é preciso que a sua assinatura e as das testemunhas sejam reconhecidas por notário.*
- *If you live in Missouri, only your signature should be notarized.*
- *If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.*

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

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

On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, the said \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, and \_\_\_\_\_, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires:

\_\_\_\_\_  
Notary Public

**Pessoas residentes no estado de WISCONSIN precisam anexar a notificação de WISCONSIN ao documento Cinco Desejos.**

**Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.**

Mais informações e a notificação estão disponíveis na Internet, no [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org).

More information and the notice statement are available at [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org).

**Os residentes de instituições dos estados da CALIFÓRNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEÓRGIA, NOVA YORK, DAKOTA DO NORTE, DAKOTA DO SUL E VERMONT, precisam seguir normas especiais para serem testemunhas.**

**Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.**

*Se você mora em alguns tipos de instituições (clínica de repouso, outro estabelecimento licenciado de cuidados de longo prazo, uma casa para pessoas deficientes com retardo mental ou de desenvolvimento ou uma instituição para saúde mental) em um dos estados acima relacionados, talvez precise cumprir com os “requisitos para testemunhas” especiais para que o documento Cinco Desejos seja válido. Para maiores informações, entre em contato com um assistente social ou defensor dos direitos de pacientes da sua instituição.*

*If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.*

## O que fazer depois de preencher o Cinco Desejos

- *Verifique se você e as testemunhas assinaram o documento como mandam as instruções. Após isso, o documento Cinco Desejos terá força legal e validade.*
- *Converse sobre seus desejos com seu Agente de Serviços de Saúde, parentes e outros que se preocupam com você. Dê a eles uma cópia do documento Cinco Desejos.*
- *Guarde o original que você assinou num lugar seguro na sua casa. NÃO guarde em cofre. Mantenha-o acessível para que alguém o encontre quando você precisar dele.*
- *Preencha o cartão abaixo e guarde-o na sua carteira. Tenha-o sempre com você, para*
- *Eu forneci cópias do meu Cinco Desejos para as seguintes pessoas:*
- *que as pessoas saibam onde você guarda o documento Cinco Desejos.*
- *Converse com seu médico durante a próxima consulta. Dê para ele uma cópia do documento Cinco Desejos. Peça para que o incluam na sua pasta médica. Assegure-se de que seu médico entende seus desejos e está disposto a cumpri-los. Peça a ele (ou ela) que comunique essa informação aos outros médicos que tratam você, para que eles os cumpram também.*
- *Se você precisar ser internado em um hospital ou clínica de repouso, leve uma cópia do Cinco Desejos. Peça para que o incluam na sua pasta médica.*
- *I have given the following people copies of my completed Five Wishes:*

_____	_____
_____	_____
_____	_____

*O Cinco Desejos tem a finalidade de ajudá-lo a planejar o futuro, e não tem a intenção de ser uma orientação jurídica. Não pretende responder todas as perguntas sobre tudo que poderia surgir. Cada pessoa e situação são únicas. As leis estão sempre mudando. Se você tem uma pergunta ou problema específico, consulte com um profissional da área médica ou legal.*

*Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.*

### Informações sobre o Cinco Desejos para guardar na carteira

<p><i>Important Notice to Medical Personnel: I have a Five Wishes Advance Directive.</i></p> <p><i>Aviso importante para profissionais de saúde: Eu assinei o documento Cinco Desejos.</i></p> <p>_____ <i>Signature Assinatura</i></p> <p><i>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:</i></p> <p><i>Favor consultar este documento e/ou meu Agente de Assuntos de Saúde em caso de emergência.</i></p> <p><i>Meu Agente é:</i></p> <p>_____ <i>Name Nome completo</i></p> <p>_____ <i>Address Endereço City/State/Zip Cidade/Estado/Código postal</i></p> <p>_____ <i>Phone Telefone</i></p>	<p><i>My primary care physician is:</i></p> <p><i>Meu clínico geral é:</i></p> <p>_____ <i>Name Nome completo</i></p> <p>_____ <i>Address Endereço City/State/Zip Cidade/Estado/Código postal</i></p> <p>_____ <i>Phone Telefone</i></p> <p><i>My document is located at:</i></p> <p><i>O local onde meu documento está guardado é:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

*Corte o cartão, dobre e plastifique, para protegê-lo*

## Veja a opinião de algumas pessoas sobre o Cinco Desejos:

*“Vai fazer um ano que minha mãe faleceu. Nós sabíamos o que ela queria porque ela fez o testamento em vida Cinco Desejos. Quando chegou no fim, meu irmão e eu não tínhamos dúvidas do que nós precisávamos fazer. Tivemos paz de espírito.”*

*Cheryl K.  
Longwood, Flórida*

*“Gostaria de dizer que adoro o seu Cinco Desejos. É claro, fácil de entender, e não até a problemas concretos do cuidado médico, mas nas questões realmente importantes - o cuidado humano. Eu usei para mim e para o meu marido.”*

*Susan W.  
Flagstaff, Arizona*

*“Eu não quero que meus filhos precisem tomar as decisões que eu estou precisando tomar para a minha mãe. Nunca soube que havia tantas opções médicas para se considerar. Obrigada por esse documento tão sensível e atencioso. Eu só preciso preenchê-lo e guardar no arquivo para meus filhos.”*

*Diana W.  
Hanover, Illinois*

O folheto Cinco Desejos foi criado pela Aging with Dignity, uma organização sem fins lucrativos, cuja a missão é ajudar pessoas a planejar e receber os cuidados que desejam em caso de uma doença grave. A elaboração do folheto Cinco Desejos foi possível graças a uma doação da The Robert Wood Johnson Foundation.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

## Aging with Dignity

P.O. Box 1661

Tallahassee, Florida 32302-1661

[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org)

1-888-594-7437

As traduções do documento Cinco Desejos foram possíveis graças ao apoio de

Translations of Five Wishes made possible through support from



United Health Foundation<sup>SM</sup>

aos serviços profissionais de tradução prestados pela

Professional translation services provided by

Language Services Associates

Cinco Desejos é marca comercial da Aging with Dignity. Todos os direitos reservados. A Aging with Dignity é titular dos direitos autorais do conteúdo desta publicação. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou transmitida, não importa a forma ou meio, eletrônico ou mecânico, inclusive fotocópia, gravação ou outro sistema de armazenamento ou recuperação, sem a permissão escrita da Aging with Dignity. Embora o conteúdo deste documento esteja protegido por direito autoral, você tem permissão para fotocopiá-lo para fornecer uma cópia do seu documento Cinco Desejos completo para seu médico, provedor de cuidados, Agente de Assuntos Médicos, parentes ou outros entes queridos. Os demais usos ou reproduções do Cinco Desejos exigem permissão da Aging with Dignity. A Aging with Dignity gostaria de agradecer à Oregon Health Decisions por sua contribuição no preparo do rascunho do desejo número um, e a Kate Callahan, Charles Sabatino e Tere Saenz por sua ajuda.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org) • 1-888-594-7437

Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org) • 1-888-594-7437

