

NASHUA SCHOOL DISTRICT
NASHUA, NEW HAMPSHIRE

**MEDICATION AUTHORIZATION AND HOLD HARMLESS AGREEMENT
FOR PRESCRIPTION MEDICATION**

To The Nashua Board of Education:

We the undersigned are the parents (guardians) of _____ child enrolled in the Nashua School District who lives with us at _____ in Nashua, New Hampshire. This child is a student at _____ School in the Nashua school system and is under the care of Doctor _____ whose address is _____.

The Doctor has prescribed that this child be given _____ in accordance with his/her written instructions, which are attached hereto, and we desire that the School Department personnel give the child assistance in the taking of this medication. The medication is to be given at the following dates and times:

Dates

Times

_____ through _____
mm/yyyy mm/yyyy

AM: _____

PM: _____

As Needed: _____

We hereby agree to indemnify and hold forever harmless the City of Nashua, the Nashua School Board of Education, and their respective officials, agents, servants and employees against loss from any and all claims, demands, or actions in law or in equity that may hereafter at any time be made or brought by said minor or by anyone on behalf of said minor for the purpose of enforcing a claim for damages on account of any injuries or loss sustained in consequence of the aforesaid assistance, and we do hereby waive any and all rights of exemption, both as to real and personal property, to which we may be entitled under the laws of this or any other state as against such claim for reimbursement or indemnity.

Signature of Parent or Guardian

Address

Signature of Parent or Guardian

Date Phone

NOTE: A WRITTEN STATEMENT MUST BE RECEIVED FROM THE LICENSED PRESCRIBER DETAILING THE METHOD OF TAKING THE MEDICATION, THE DOSAGE, AND THE TIME SCHEDULE TO BE OBSERVED. MEDICATION SHOULD BE DELIVERED TO THE SCHOOL BY THE PARENT OR GUARDIAN AND MUST BE IN AN APPROPRIATE CONTAINER THAT IS PROPERLY MARKED BY THE PHARMACY OR MANUFACTURER. THE CHILD TO WHOM THIS PERMISSION APPLIES MUST STRICTLY FOLLOW THE INDIVIDUAL CARE PLAN WITH REGARDS TO SELF MEDICATION IN SCHOOL IN ACCORDANCE WITH THE STATE OF NEW HAMPSHIRE POLICES ON SELF MEDICATION.

**AUTORIZACIÓN PARA MEDICACIÓN Y ACUERDO DE PROTECCIÓN
MEDICINA RECETADA**

Para la Junta de Educación de Nashua:

Nosotros, los suscritos, somos los padres (tutores) de _____, quien vive con nosotros en _____ en Nashua, New Hampshire, y quien asiste a la escuela _____ en el Distrito escolar de Nashua, y se encuentra bajo la atención del Doctor _____ cuya dirección es _____.

El doctor ha recetado que a este niño se le suministre _____ de conformidad con sus instrucciones escritas, las cuales están adjuntas acá, y deseamos que el personal del Departamento Escolar ayude al niño a tomar esta medicina. La medicina se debe dar en las siguientes fechas y horas:

	<input type="checkbox"/>	AM:	
		<input type="checkbox"/>	PM:
mm/aaaa	hasta	mm/aaaa	
		<input type="checkbox"/>	Como se requiera:

Por la presente acordamos indemnizar y proteger por siempre a la Ciudad de Nashua, a la Junta de Educación de la escuela Nashua School y sus respectivos funcionarios, representantes, servidores y empleados contra pérdida causada por cualquiera y todos los reclamos, demandas o acciones de ley o en derecho de equidad que puedan ser presentados por dicho menor o por cualquier persona a nombre de dicho menor con el propósito de hacer cumplir un reclamo por perjuicios a cuenta de cualquier lesión o pérdida sufrida como consecuencia de la ayuda mencionada anteriormente; y por la presente renunciamos a cualquiera y a todos los derechos de exención, en relación con bienes muebles y con bienes inmuebles a los que tengamos derecho bajo las leyes de éste o de cualquier otro estado como contra dicho reclamo por reembolso o indemnización.

Por favor lea cuidadosamente lo anterior antes de firmar. Ningún niño recibirá ayuda para tomar medicina hasta que éste formulario haya sido firmado y entregado a la escuela.

Firma del Padre o Tutor

Dirección

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Teléfono

NOTA: SE DEBE RECIBIR UNA DECLARACIÓN ESCRITA DEL PROFESIONAL AUTORIZADO PARA EJERCER QUE RECETÓ DETALLANDO EL MÉTODO PARA TOMAR LA MEDICINA, LA DOSIS, Y EL PROGRAMA DE TIEMPO QUE SE DEBE SEGUIR. LA MEDICINA DEBE SER ENTREGADA A LA ESCUELA POR EL PADRE O TUTOR Y DEBE ESTAR EN UN ENVASE APROPIADO QUE ESTÉ MARCADO APROPIADAMENTE POR LA FARMACIA O POR EL FABRICANTE. EL NIÑO A QUIEN SE REFIERE ESTE PERMISO DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE EL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL EN RELACIÓN CON AUTO – MEDICACIÓN EN LA ESCUELA DE CONFORMIDAD CON LAS POLÍTICAS DEL ESTADO DE NEW HAMPSHIRE SOBRE AUTO – MEDICACIÓN.

R10/29/90
R9/30/96
R11/04/96
R11/29/99

R/Bd. Aprobado en 10/25/04

Board Approved 10/25/04