

Nashua High School North Health Office

8 Titan Way Nashua, NH 03063

Fax: 603-966-2827

Kayla O'Brien, RN
School Nurse
603-966-2825



Dawna Adams, RN
School Nurse
603-966-2826

H-17B-R12

**MEDICATION AUTHORIZATION AND HOLD HARMLESS AGREEMENT
OVER-THE-COUNTER MEDICATIONS**

To the Nashua Board of Education:

We the undersigned, are the parents (guardians) of _____ who lives with us at _____ in Nashua, New Hampshire, and who attends _____ School in the Nashua School District.

We feel that our child may benefit from the following over-the-counter medications (**not to include herbal preparations or dietary supplements**) and wish to have an appropriate person assist our child in taking the medication furnished by us in accordance with the printed instructions on the manufacturer's labeled bottle we have provided. We understand that if a higher dose than what the manufacturer recommends is needed, that a doctor's note, so authorizing the increased dosing will be provided by our child's medical provider or pediatrician.

NAME OF MEDICINE, DOSE, AND INSTRUCTIONS FOR TAKING Needed for _____
REASON TAKING

NAME OF MEDICINE, DOSE, AND INSTRUCTIONS FOR TAKING Needed for _____
REASON TAKING

NAME OF MEDICINE, DOSE, AND INSTRUCTIONS FOR TAKING Needed for _____
REASON TAKING

This permission is good for one school year unless otherwise specified for a specific condition lasting less than one (1) school year.

We hereby agree to indemnify and hold forever harmless the City of Nashua, the Nashua 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/Guardian

Date

Address

Telephone

NOTE: PLEASE READ THE ABOVE CAREFULLY BEFORE SIGNING. NO CHILD WILL BE ASSISTED IN TAKING MEDICATION UNTIL THIS FORM HAS BEEN SIGNED AND DELIVERED TO THE SCHOOL WITH THE MEDICATION IN A PROPERLY LABELED BOTTLE FROM THE MANUFACTURER. MEDICATION SHOULD BE DELIVERED TO THE SCHOOL BY THE PARENT OR GUARDIAN AND SHOULD HAVE THE CHILD'S NAME MARKED ON THE CONTAINER.

Nashua High School North Health Office

8 Titan Way Nashua, NH 03063

Fax: 603-966-2827

Kayla O'Brien, RN
School Nurse
603-966-2825



Dawna Adams, RN
School Nurse
603-966-2826

**AUTORIZACIÓN PARA MEDICACIÓN Y ACUERDO DE PROTECCIÓN
MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE**

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.

Consideramos que nuestro hijo se puede beneficiar de las siguientes medicinas de venta libre (**sin incluir preparaciones herbales ni suplementos alimenticios**) y deseamos que una persona adecuada ayude a nuestro hijo a tomar la medicina suministrada por nosotros de conformidad con las instrucciones impresas en la botella que hemos suministrado etiquetada por el fabricante. Entendemos que si se requiere una dosis mayor a la recomendada por el fabricante, el abastecedor de servicios de salud o pediatra de nuestro hijo suministrará una nota médica autorizando el aumento en la dosis.

_____ requerida para _____
NOMBRE DE LA MEDICINA, DOSIS, E INSTRUCCIONES PARA TOMARLA RAZÓN PARA TOMARLA

_____ requerida para _____
NOMBRE DE LA MEDICINA, DOSIS, E INSTRUCCIONES PARA TOMARLA RAZÓN PARA TOMARLA

_____ requerida para _____
NOMBRE DE LA MEDICINA, DOSIS, E INSTRUCCIONES PARA TOMARLA RAZÓN PARA TOMARLA

Este permiso es válido por un año escolar a no ser que se indique otra cosa para una condición específica que dure menos de un (1) año escolar.

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 cualquier pérdida causada por 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.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Dirección

Teléfono

NOTA: POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE FIRMAR. NINGÚN NIÑO RECIBIRÁ AYUDA PARA TOMAR MEDICINAS HASTA QUE ÉSTE FORMULARIO HAYA SIDO FIRMADO Y ENTREGADO A LA ESCUELA JUNTO CON LA MEDICINA EN UNA BOTELLA ETIQUETADA APROPIADAMENTE POR EL FABRICANTE. LA MEDICINA DEBE SER ENTREGADA A LA ESCUELA POR EL PADRE O TUTOR Y DEBE TENER EL NOMBRE DEL NIÑO MARCADO EN EL ENVASE.