

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

MEDICATION AUTHORIZATION AND HOLD HARMLESS AGREEMENT

PRESCRIPTION MEDICATION

To the Nashua Board of Education:

We the undersigned, are the parents (guardians) of _____, who resides with us at: _____ in Nashua, NH, and attends Nashua High School North in the Nashua School District, 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 District personnel give the child assistance in the taking of this medication. The medication is to be given at the following dates and times:

AM: _____ PM: _____ As needed: _____

From: _____ through _____
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

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.

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.

Signature of Parent or Guardian

Address

Date:

Telephone Number

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 REGARD TO SELF-MEDICATION IN SCHOOL IN ACCORDANCE WITH THE STATE OF NEW HAMPSHIRE POLICIES ON SELF-MEDICATION

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

AUTORIZACION PARA MEDICACION Y ACUERDO DE PROTECCION

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 Nashua High Escuela North, 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:

AM: _____ PM: _____ Como se requiera: _____

Desde: _____ hasta _____
MM/DD/AA MM/DD/AA

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, servidores y empleados contra perdida causada por cualquiera y todos los reclamos, demandas o acciones de equidad que puedan ser presentados por dicho menor o por cualquier persona a nombre de disco menor con el propósito de hacer cumplir un reclamo por perjuicios a cuenta de cualquier lesión o perdida 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 este o de cualquier otro estado como contra disco reclamo por reembolso o indemnización.

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

Firma del Padre o Tutor Dirección

Fecha Teléfono

NOTA: SE DEBE RECIBIR UNA DECLARACION ESCRITA DEL PROFESIONAL AUTORIZADO PARA EJERCER QUE RECETO DETALLANDO EL METODO 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 ESTE MARCADO APROPIADAMENTE POR LA FARMACIA O POR EL FABRICANTE. EL NINO A QUIEN SE REFIERE ESTE PERMISO DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE EL PLAN DE ATENCION INDIVIDUAL EN RELACION CON AUTO – MEDICACION EN LA ESCUELA DE CONFORMIDAD CON LAS POLITICAS DEL ESTADO DE NEW HAMPSHIRE SOBRE AUTO – MEDICACION.