

**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.

NOMBRE DE LA MEDICINA, DOSIS, E INSTRUCCIONES PARA TOMARLA	requerida para	RAZÓN PARA TOMARLA
NOMBRE DE LA MEDICINA, DOSIS, E INSTRUCCIONES PARA TOMARLA	requerida para	RAZÓN PARA TOMARLA
NOMBRE DE LA MEDICINA, DOSIS, E INSTRUCCIONES PARA TOMARLA	requerida para	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	Dirección
Firma del Padre o Tutor	Fecha 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.