

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

**NOTE: PLEASE READ 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.**

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

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**

**NOTA: POR FAVOR LEE CON CUIDADO 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.**

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