

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

Medical Condition Form

Student Name: _____ **Grade:** _____

Has a diagnosis or medical condition of:

I **do** ___ or I **do not** ___ give permission for this information to be shared with other school personnel. I understand that this confidential medical information will be solely shared for the benefit of my child in providing for the optimal learning environment at Nashua High School North.

My child is taking the following medications:

If your child will need medications during their school day, we will need a **Hold Harmless Form** and a **Physicians Medication Form** completed and the medications sent in an appropriately labeled bottle. (These forms are available on Nashua North's web page under the Nurses section). Please be aware that this includes "Over the Counter" medications such as Tylenol or Advil.

Signature of Parent/Guardian: _____ **Date:** _____

Thank you for your attention to this important matter. **This form may be faxed to 603-966-2827** (This is a secure fax directly to the Nurse Office). If you have any questions, please contact the school nurse.

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

Formulario de Condición Medico

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____

Tiene un Diagnostico o condición medico de:

Yo ___ o no ___ doy permiso para que esta información sea compartida con otro personal de la escuela. Entiendo que esta información medico confidencial se compartirá únicamente para el beneficio de mi hijo al proporcionar un entorno de aprendizaje óptimo en Nashua High School North

Mi hijo está tomando los siguientes medicamentos:

Si su hijo necesitará medicamentos durante el dia escolar, necesitaremos un **Formulario de Exención de Responsabilidad y un Formulario de Medicamentos del Médico** completado y los medicamentos enviados en un frasco debidamente etiquetado. (Estos formularios están disponibles en la página web de Nashua North en la sección de Enfermeras). Tenga en cuenta que esto incluye medicamentos de venta libre como Tylenol o Advil.

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

Gracias por su atención a este importante asunto. **Este formulario puede enviarse por fax al 603-966-2827** (este es un fax seguro directamente a la enfermería). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela.