

Nashua School District Health Services Department
141 Ledge Street Nashua, N.H. 0306
Middle & High School Health Form

PLEASE COMPLETE AND RETURN THIS NOTICE TO THE SCHOOL NURSE

My child, _____ Grade _____
Name of child

has a diagnosis or medical condition of _____

I do___ or 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 their designated school in the Nashua School District.

My child is taking the following medications:

If any medications are needed to be given during the school day, I will call you to get the necessary forms and any other information that I may need in order to do so.

Signature of Parent/Guardian Date signed

Thank you for your attention to this important matter. If you have any questions, please feel free to notify your designated school nurse.

Departamento de Servicios de Salud del Distrito Escolar de Nashua
141 Ledge Street Nashua, NH 03060

Formulario de salud de la escuela secundaria y preparatoria

**POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVA ESTE AVISO A LA ENFERMERA
ESCOLAR**

Mi hijo, _____ Grado _____ El nombre del
niño tiene un diagnóstico o condición médica de _____

Yo hago ____ o no ____ doy permiso para que esta información se comparta con
otro personal de la escuela. Entiendo que esta información médica confidencial se
compartirá únicamente en beneficio de mi hijo para brindar un entorno de aprendizaje
óptimo en su escuela designada en el Distrito Escolar de Nashua.

Mi hijo está tomando los siguientes medicamentos:

Si es necesario administrar algún medicamento durante el día escolar, lo llamaré para
obtener los formularios necesarios y cualquier otra información que pueda necesitar
para hacerlo.

Firma del padre / tutor

Fecha de firma

Gracias por su atención a este importante asunto. Si tiene alguna pregunta, no dude en
notificar a la enfermera escolar designada.

Departamento de Serviços de Saúde do Distrito Escolar de Nashua
141 Ledge Street Nashua, N.H. 0306
Formulário de saúde para ensino fundamental e médio

PREENCHA E DEVOLVA ESTE AVISO À ENFERMEIRA DA ESCOLA

Meu filho(a), _____ Série _____
Nome da criança

tem o diagnóstico ou condição médica de _____

Eu concordo ____ ou eu não concordo ____ dar permissão para que essas informações sejam compartilhadas com outros funcionários da escola. Entendo que esta informação médica confidencial será compartilhada exclusivamente para o benefício do meu filho(a), proporcionando a aprendizagem ideal no ambiente em sua escola designada no Distrito Escolar de Nashua.

Meu filho(a) está usando as medicações a seguir :

Se for necessário administrar algum medicamento durante o dia escolar, ligarei para você para obter os formulários necessários e quaisquer outras informações.

Assinatura dos pais ou responsáveis: Data da assinatura :

Obrigada por sua atenção a este assunto importante. Se você tiver quaisquer perguntas,
Sinta-se à vontade para entrar em contato com a enfermeira da escola designada.