

OVER-THE-COUNTER (OTC) MEDICATION ADMINISTRATION AUTHORIZATION FORM
Over-the-Counter Medications

Student's Name _____ DOB _____

Who lives with parent/guardian at _____

In Nashua, New Hampshire 0306__

Teacher/Advisor _____ School _____ Grade _____

Name of Medication _____

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 instruction on the manufacturer's labeled bottle we have provided. We understand that if a high 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.

_____ needed for _____

_____ needed for _____

_____ needed for _____

This permission is good for one school year unless otherwise specified for a specific condition lasting less than one (1) year.

HOLD HARMLESS: I hereby authorize the designated staff person or school nurse to administer the above medication as directed. In consideration for this service, I further agree that I will not hold liable, and will otherwise save harmless, the District and/or any department or employee thereof for death or injury resulting from administration or assistance in the administration of the medication described above. I understand that (a) not more than one month of prescribed medicine may be stored in school, (b) medication will be delivered directly to the School Nurse, Principal or designated staff member by the parent or guardian, if possible, and (c) the medication will be delivered in a container properly labeled with the student's name, the physician's name, the date of original prescription, name and strength of medication and directions for taking by the student.

Printed Name of parent/guardian _____

Signature of parent/guardian _____ Date _____

Yes No I give my permission for release/exchange of pertinent information by telephone, mail or electronic exchange including fax or email between the school nurse and the physician's office regarding the above medication.*

Yes No I give my permission for other school personnel to be notified of the medication and any adverse effects.*

*NOTE: Included in the annual NSD Health History form

Signature of parent/guardian _____ Date _____

Spanish

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE
(OTC)
Medicamentos de Venta Libre**

Nombre del/de la estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Quien vive con el padre/la madre/tutor/a en _____

En Nashua, New Hampshire 0306__

Profesor/a/Consejero/a _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre del Medicamento _____

Creemos que nuestro/a hijo/a puede beneficiarse de los siguientes medicamentos de venta libre (sin incluir preparaciones a base de hierbas o suplementos dietéticos) y deseamos que una persona adecuada ayude a nuestro/a hijo/a a tomar el medicamento proporcionado por nosotros de acuerdo con las instrucciones impresas en el frasco etiquetado del fabricante que le hemos proporcionado. Entendemos que si se necesita una dosis más alta de lo que recomienda el fabricante, el proveedor médico o el/la pediatra de nuestro/a hijo/a lo indicará con una nota del/de la medico/a, autorizando el aumento de la dosis.

_____ necesario para _____

_____ necesario para _____

_____ necesario para _____

Este permiso es válido por un año escolar a menos que se especifique lo contrario para una condición específica que dure menos de un (1) año.

EXIMIR DE RESPONSABILIDAD: Por la presente, autorizo al personal designado o a la enfermera de la escuela a administrar el medicamento anterior según las indicaciones. En consideración a este servicio, acepto además que no me haré responsable, y de lo contrario eximiré de responsabilidad, al Distrito y/o a cualquier departamento o empleado del mismo por muerte o lesiones que resulten de la administración o asistencia en la administración de los medicamentos descritos anteriormente. Entiendo que (a) no se puede almacenar más de un mes de medicamento recetado en la escuela, (b) el medicamento se entregará directamente a la enfermera de la escuela, al/ a la director/a o a un miembro del personal designado por el padre/ la madre o tutor/a, si es posible, y (c) el medicamento se entregará en un recipiente debidamente etiquetado con el nombre del/ de la estudiante, el nombre del/de la medico/a, la fecha de la receta original, el nombre y la concentración del medicamento y las instrucciones para que el/la estudiante lo tome.

Nombre en letra de imprenta del padre/de la madre/tutor/a _____

Firma del padre/de la madre/tutor/a _____ Fecha _____

Sí No Doy mi permiso para la divulgación/intercambio de información pertinente por teléfono, correo o intercambio electrónico, incluyendo fax o correo electrónico entre la enfermera de la escuela y el consultorio del/de la medico/a con respecto al medicamento anterior.*

Sí No Doy mi permiso para que se notifique al resto del personal de la escuela sobre el medicamento y cualquier efecto adverso.*

*NOTA: Incluido en el formulario anual de historial de salud NSD

Firma del padre/de la madre/tutor/a _____ Fecha _____

Portuguese

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE
(OTC)
Medicamentos de venda livre (sem prescrição)**

Nome do aluno(a) _____ Data de Nascimento: _____

Que mora com o pai/responsável no endereço _____

Em Nashua, New Hampshire 0306__

Professor(a)/Orientador(a) _____ Escola _____ Série _____

Nome do medicamento _____

Acreditamos que o nosso filho(a) pode se beneficiar dos seguintes medicamentos de venda livre (não incluindo preparações herbais ou suplementos alimentares) e gostaríamos que uma pessoa apropriada ajudasse o nosso filho(a) a tomar o medicamento fornecido por nós de acordo com as instruções impressas no rótulo do frasco do fabricante que fornecemos. Entendemos que, caso seja necessário uma dose maior do que a recomendada pelo fabricante, uma nota médica autorizando o aumento da dosagem deverá ser fornecida pelo médico ou pediatra do nosso filho(a).

_____ precisa para _____

_____ precisa para _____

_____ precisa para _____

Esta permissão é válida por um ano letivo, a menos que especificado de outra forma para uma condição específica com duração menor que um (1) ano.

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE: Autorizo, por meio deste, o funcionário designado ou enfermeiro da escola a dar o medicamento acima conforme instruções. Em consideração a este serviço, concordo ainda que não responsabilizarei e, de outra forma, isentarei o Distrito e/ou qualquer departamento ou funcionário do mesmo por morte ou lesão resultante da administração ou assistência na administração do medicamento descrito acima. Entendo que (a) não mais do que a quantidade de um mês de medicamento com prescrição pode ser armazenado na escola, (b) o medicamento será entregue diretamente ao enfermeiro(a) da escola, diretor(a) ou membro do time escolar designado pelos pais ou responsáveis, se possível, e (c) o medicamento será entregue em um recipiente devidamente etiquetado com o nome do aluno(a), o nome do médico, a data da prescrição original, nome e dosagem do medicamento e instruções para que o aluno(a) possa tomá-lo.

Nome por extenso do pai/mãe/responsável _____

Assinatura do pai/mãe/responsável _____ Data _____

Sim Não dou permissão para a divulgação/troca de informações pertinentes por telefone, correio ou troca eletrônica, incluindo fax ou e-mail, entre a enfermeira da escola e o consultório médico com relação ao medicamento acima.*

Sim Não autorizo que outros funcionários da escola sejam notificados sobre o medicamento e quaisquer efeitos adversos.*

***OBSERVAÇÃO:** : Incluso no formulário anual de histórico sobre saúde da NSD

Assinatura do pai/mãe/responsável _____ Data _____