



Millbrae Elementary School District  
 555 Richmond Drive  
 Millbrae, CA 94030  
 650-697-5693 • 650-697-6865 (fax) • [www.millbraeschooldistrict.org](http://www.millbraeschooldistrict.org)

Revised Oct.2024

**PARENT/PHYSICIAN AUTHORIZATION AND RELEASE FOR THE ADMINISTRATION OF MEDICATION AT SCHOOL**  
 AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE PADRES/MÉDICO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

<b>Student Name</b> (nombre complete impreso del estudiante)		<b>Date of Birth</b> (fecha de nacimiento)	
<b>Teacher</b> (maestra/o)		<b>Grade</b> (grado)	
<b>School</b> (escuela)			

**PHYSICIAN CERTIFICATION: To be completed by physician or other healthcare provider licensed by the State of California to prescribe medication. (CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO: Debe ser completada por un médico u otro proveedor de atención médica autorizado por el Estado de California para prescribir medicamentos.)**

<b>Student Name</b> (nombre complete impreso del estudiante)	
<b>Diagnosis for which the medication is prescribed</b> (Diagnóstico para el que se prescribe el medicamento.)	
<b>Medication Name</b> (Nombre del medicamento)	
<b>Dosage</b> (Dosificación)	
<b>Time</b> (tiempo)	
<b>Route</b> (ruta)	
<b>If Dosage is as needed (PRN), the symptoms that necessitate administration and allowable frequency</b> (Si la dosis es según sea necesario (PRN), los síntomas que requieren administración y la frecuencia permitida:	
<b>Estimated Termination Date</b> (Fecha estimada de terminación:	
<b>Possible Side Effects</b> (Posibles efectos secundarios)	



Millbrae Elementary School District  
 555 Richmond Drive  
 Millbrae, CA 94030  
 650-697-5693 • 650-697-6865 (fax) • www.millbraeschooldistrict.org

Revised Oct.2024

**The student (named above) is under my care. It is necessary for the student to receive the above prescribed medication during school hours. The medication may be administered by trained, non-medical school employees, under the supervision of the district/school nurse. The district/school nurse may not be present during administration of the medication.**

El estudiante (mencionado arriba) está bajo mi cuidado. Es necesario que el estudiante reciba los medicamentos prescritos anteriormente durante el horario escolar. El medicamento puede ser administrado por empleados escolares capacitados, no médicos, bajo la supervisión de la enfermera del distrito/escuela. La enfermera del distrito/escuela no podrá estar presente durante la administración del medicamento.

<b>Date (fecha):</b>	
<b>Physician Name (nombre del medico):</b>	
<b>Address (dirección):</b>	
<b>Telephone Number (número de teléfono):</b>	
<b>Physician Signature (Physician/Clinic Stamp):</b>	

**PARENT CERTIFICATION:**

**California Education Code Section 49423 allows the school nurse or other designated school personnel to assist students who are required to take medication during the school day, provided that appropriate authorization is given.**

La Sección 49423 del Código de Educación de California permite que la enfermera escolar u otro personal escolar designado ayudar a los estudiantes que deben tomar medicamentos durante el día escolar, siempre que se confirme la autorización adecuada.

**“Medication” includes prescription medication, over-the-counter- medication, nutritional supplements and herbal remedies. Parents are responsible for providing all medication and supplies and equipment necessary to administer the medication. No medications, including over-the-counter medications, will be given without a prescription. The medication prescription must be current and medication must be supplied in the original package or original prescription bottle with pharmacy label attached (ask your pharmacist to divide the medication into two bottles completely labeled: one for home and one for school). The medication must be prescribed to the student to whom it will be administered and all medication containers must include a label with the student ‘s name, physician’s name, the name of the medication, and directions for use.**

“Medicamentos” incluye medicamentos recetados, medicamentos sin receta, suplementos nutricionales y remedios a base de hierbas. Los padres son responsables de proporcionar todos los medicamentos, suministros y equipos necesarios para administrar el medicamento. No se administrarán medicamentos sin receta, incluidos los de venta libre. La receta del medicamento debe estar vigente y el medicamento debe ser suministrado en el paquete original o frasco original de la receta con la etiqueta de la farmacia adjunta (solicite a su farmacéutico que divida el medicamento en dos frascos completamente etiquetados: uno para el hogar y otro para la escuela). El medicamento debe recetarse al estudiante a quien se le administrará y todos los envases del medicamento deben incluir una etiqueta con el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre del medicamento y las instrucciones de uso.

**I authorize and hereby request that designated school personnel assist my child in taking this prescribed medication (including prescribed over-the-counter medication, nutritional supplements and herbal remedies) as prescribed by my child’s health care provider. I agree to, and do hereby release and hold the Millbrae Elementary School District and its employees and contractors harmless from any and all claims, demands, causes of action, liability or loss of any type, because of or arising from acts or omissions with respect to this**



Millbrae Elementary School District  
 555 Richmond Drive  
 Millbrae, CA 94030  
 650-697-5693 • 650-697-6865 (fax) • [www.millbraeschooldistrict.org](http://www.millbraeschooldistrict.org)

Revised Oct.2024

**medication and agree to indemnify each of them with regard to any judgment or claim rendered against them arising out of this medication administration arrangement. I understand that my child may not have or take medication at school unless all requirements are met. I hereby give consent for a school nurse to communicate with my child's health care provider and counsel school personnel as needed with regard to this medication.**

Autorizo y por la presente solicito que el personal escolar designado ayude a mi hijo a tomar este medicamento recetado (incluidos medicamentos recetados medicamentos sin receta, suplementos nutricionales y remedios a base de hierbas) según lo prescrito por el proveedor de atención médica de mi hijo. Acepto, y por la presente libero y eximo al Distrito Escolar Primario Millbrae y a sus empleados y contratistas de cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo, debido a o que surja de actos u omisiones con respecto a este medicamento y acepta indemnizar a cada uno de ellos con respecto a cualquier sentencia o reclamo emitido en su contra que surja de este acuerdo de administración de medicamentos. Entiendo que mi hijo no puede tener ni tomar medicamentos en la escuela a menos que cumpla con todos los requisitos. Por la presente doy mi consentimiento para que una enfermera de la escuela se comunique con el proveedor de atención médica de mi hijo y asesore al personal de la escuela según sea necesario con respecto a este medicamento.

**I hereby give permission for school personnel to administer medication to my child during the school day as prescribed by the child's physician. I understand that this authorization is in effect for a maximum of one (1) school year and the District will require a new authorization at the beginning of each school year, or immediately if any changes in prescription occur.**

Por la presente doy permiso al personal de la escuela para que le administre medicamentos a mi hijo durante el día escolar según lo prescrito por el médico del niño. Entiendo que esta autorización está vigente por un máximo de un (1) año escolar y el Distrito requerirá una nueva autorización al comienzo de cada año escolar, o inmediatamente si ocurre algún cambio en la prescripción.

<b>Parent/Guardian Name (Please Print)</b> (Apellido del Padre/Tutor)	
<b>Parent/Guardian Address</b> (Dirección del Padre/Tutor)	
<b>Parent/Guardian City, State Zip</b> (Ciudad, Estado, Código Postal)	
<b>Cell Phone Number</b> (Número de teléfono celular del Padre/Tutor)	
<b>Home Telephone Number</b> (Número de teléfono residencial)	
<b>Work Telephone Number</b> (Número de teléfono trabajar)	
<b>Email address</b> ((Dirección de correo electrónico del padre/tutor)	

<b>Parent/Guardian Signature</b> (firma del Padre.Tutor)	X
<b>Date</b> (fecha)	