



Berwyn North School District 98

Dedicated to achieving personal, academic and civic potential

6633 West 16th Street, Berwyn, IL 60403

Phone: (708) 484-6200 www.bn98.org

Dear Parents/Guardian(s),

This Letter is to notify you that Berwyn North School District 98 is participating in the State of Illinois Undesignated Emergency Asthma Medication Program.

This program authorizes our school nurse or other trained staff to provide emergency asthma medication to students and others who are experiencing respiratory distress while at school, on school property or at a school-related event. This program is available to all students, even those who do not have a formal asthma diagnosis. The medication (albuterol) is an inhaled medication which opens the tubes that move air in and out of the lungs and makes it easier to breathe. Albuterol is very safe and effective. It will be administered according to guidelines established by the Illinois State Board of Education and any parent/guardian of a student receiving the medication will be notified immediately.

If your child has asthma, we urge you to notify the school and provide them with a personal inhaler and asthma action plan from your child's doctor. The emergency asthma medication is not intended to replace your child's personal inhaler but will be available in case of emergencies, please indicate so below and return to the school.

Please acknowledge receipt of this notification by signing and returning this page to the school office. If you do not want your student to receive the medication during a respiratory emergency, please indicate so below and return to the school.

We are pleased to be able to offer this opportunity to our school community.

COMPLETE AND RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL

____ I acknowledge that I have received and read this notice.

____ I have received and read this notice and request that my student(s) not receive emergency asthma medications under any circumstance.

Parent/Guardian Name (Print)

Parent/Guardian Signature

Student Name: _____

Date: _____



Berwyn North School District 98

Dedicated to achieving personal, academic and civic potential

6633 West 16th Street, Berwyn, IL 60403

Phone: (708) 484-6200 www.bn98.org

Estimados Padres/Tutores,

Esta carta es para notificarle que el Distrito Escolar 98 del Norte de Berwyn está participando en el Programa de Medicamentos de Emergencia para el Asma no Designados del Estado de Illinois.

Este programa autoriza a nuestra enfermera de la escuela u otro personal capacitado para proporcionar medicamentos de emergencia para el asma a los estudiantes y otras personas que están experimentando dificultad respiratoria, mientras que en la escuela, en la propiedad de la escuela o en un evento relacionado con la escuela. Este programa está disponible para todos los alumnos, incluso para aquellos que no tienen un diagnóstico formal de asma. La medicación (albuterol) es un medicamento inhalado que abre los conductos que hacen entrar y salir el aire de los pulmones y facilita la respiración. El albuterol es muy seguro y eficaz. Se administra de acuerdo con las directrices establecidas por la Junta de Educación del Estado de Illinois y se notificará inmediatamente a los padres/tutores del alumno que reciba la medicina.

Si su hijo padece asma, le instamos a que lo notifique a la escuela y les proporcione un inhalador personal y un plan de acción contra el asma del médico de su hijo. La medicación de emergencia para el asma no pretende sustituir al inhalador personal de su hijo, sino que estará disponible en caso de emergencia. Por favor, indíquelo a continuación y devuélvalo a la escuela.

Por favor, acuse recibo de esta notificación firmando y devolviendo esta página a la oficina de la escuela. Si no desea que su alumno reciba la medicación durante una emergencia respiratoria, indíquelo a continuación y devuélvalo a la escuela.

Nos complace poder ofrecer esta oportunidad a nuestra comunidad escolar.

LLENE Y ENVÍE ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA

____ Reconozco que he recibido y leído este aviso.

____ He recibido y leído este aviso y solicito que mi(s) estudiante(s) no reciba(n) medicamentos de emergencia para el asma bajo ninguna circunstancia.

Nombre del padre/madre/tutor

Firma del padre/madre/tutor

Nombre del Estudiante _____ Fecha: _____