

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE

COPIA DEL CLIENTE

Voy a hacerle unas preguntas acerca de sus experiencias en la escuela y acerca de su salud. Sus respuestas nos ayudarán a determinar si hay algo que se interpone con el entrenamiento y el trabajo. Sus respuestas también me ayudarán a desarrollar un plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (conocido en inglés como Welfare-to-Work) y decidir qué servicios va a necesitar para tener éxito en conseguir empleo. Es muy importante que usted responda a estas preguntas para que se le pueda colocar en las actividades apropiadas de Welfare-to-Work y pueda recibir la ayuda y los servicios que necesite para tener éxito. La intención de estas preguntas no es para determinar la existencia de una discapacidad de aprendizaje. La intención es tomar el primer paso en el proceso de evaluación.

Por favor recuerde que la mayoría de las personas con discapacidades de aprendizaje son inteligentes y muchas de ellas son superdotadas. Es probable que las personas con una discapacidad de aprendizaje tengan alguna dificultad con lo siguiente:

- Leer
- Escuchar
- Entender instrucciones
- Escribir
- Deletrear
- Matemáticas
- Organizar cosas
- Llevarse bien con los demás
- Expresar ideas en voz alta
- Poner atención

Se les puede enseñar a las personas con una discapacidad de aprendizaje a usar sus puntos fuertes y a encontrar formas de aprender mejor y tener más éxito en la escuela y en el trabajo. Yo puedo ayudar a las personas a conseguir las actividades de Welfare-to-Work adecuadas, incluyendo acomodaciones cuando ya se haya identificado una discapacidad.

Por favor recuerde que esta evaluación preliminar es una prueba muy breve y sencilla. Le ayudará a decidir si le gustaría que se le refiera a un especialista de discapacidades sobre el aprendizaje para saber si existe una discapacidad de aprendizaje. Las siguientes áreas son las que serán examinadas durante la evaluación:

- Talentos y habilidades naturales
- Habilidad para seguir información escrita y verbal
- Logros
- Interés en carrera y empleo

El especialista puede ayudar a identificar los puntos fuertes y los puntos débiles para que podamos referirlo a los servicios y las acomodaciones más apropiadas para usted. Por favor recuerde que usted tiene el derecho a solicitar una audiencia con el Estado si usted no está de acuerdo con una acción del Condado, incluyendo acciones relacionadas a las discapacidades de aprendizaje.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE COPIA DEL CLIENTE (Continuación)

1. ¿Ha tenido algún problema de aprendizaje en la secundaria?
2. ¿Tiene dificultad para trabajar de un examen en un folleto a una hoja de respuestas?
3. ¿Tiene dificultad o problemas para trabajar con números en una columna?
4. ¿Tiene problemas para calcular distancias?
5. ¿Algún miembro de su familia tiene problemas con el aprendizaje?
6. ¿Ha tenido algún problema de aprendizaje en la escuela primaria?
7. ¿Tiene dificultad o problemas para combinar los símbolos de matemáticas básicas (+/x)?
8. ¿Tiene dificultad o problemas para llenar formularios?
9. ¿Tiene dificultad para aprender números de memoria?
10. ¿Tiene dificultad para recordar cómo deletrear palabras sencillas que usted conoce?
11. ¿Tiene dificultad o problemas para tomar notas?
12. ¿Tiene problemas para hacer en su cabeza sumas o restas de números sencillos?
13. ¿Alguna vez estuvo en un programa especial o le dieron ayuda extra en la escuela?
14. ¿Alguna vez estuvo en clases de educación especial en la escuela?
15. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o le han dicho que tiene discapacidades de aprendizaje?

Si la respuesta es "SÍ", ¿por quién? ¿Cuándo?

Tipo o tipos de discapacidades de aprendizaje (si se sabe)

**EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE
COPIA DEL CLIENTE (Continuación)**

16. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o le han dicho que tiene el Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad?

Si la respuesta es "Sí", ¿por quién?

¿Cuándo?

17. ¿Necesita o usa lentes o lentes de contacto?

18. ¿Tuvo su examen de la vista en los últimos dos años?

19. ¿Necesita o usa un aparato para oír?

20. ¿Ha tenido un examen de los oídos en los últimos 12 meses?

21. ¿Alguna vez ha ido a un terapeuta del habla o del lenguaje?

22. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?:

- muchas infecciones en los oídos
- muchos dolores de cabeza o migrañas
- muchos problemas de sinusitis
- una lesión en la cabeza
- fiebres altas que duraron mucho tiempo
- convulsiones o ataques
- diabetes (azúcar alta en la sangre)
- problemas serios de salud
- alergias severas

23. ¿Está tomando algún medicamento que afecta la manera en que piensa, actúa, o siente?

Si la respuesta es "Sí", ¿qué está tomando?

¿Con qué frecuencia?

24. ¿Necesita servicios médicos o de seguimiento?