



CDSS

WILL LIGHTBOURNE
DIRECTOR

STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street • Sacramento, CA 95814 • www.cdss.ca.gov



EDMUND G. BROWN JR.
GOVERNOR

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

- State Law Change
- Federal Law or Regulation Change
- Court Order
- Clarification Requested by One or More Counties
- Initiated by CDSS

NOVEMBER 21, 2016

ALL COUNTY LETTER NO. 16-93

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
 ALL CALWORKS PROGRAM SPECIALISTS
 ALL COUNTY WELFARE-TO-WORK COORDINATORS
 ALL COUNTY REFUGEE COORDINATORS
 ALL CALFRESH COORDINATORS
 ALL TRIBAL TANF ADMINISTRATORS

SUBJECT: **SPANISH-LANGUAGE LEARNING NEEDS SCREENING FOR THE CALIFORNIA WORK OPPORTUNITY AND RESPONSIBILITY TO KIDS (CALWORKS) PROGRAM**

REFERENCES: ALL COUNTY LETTER (ACL) NO. [15-101](#); MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES (MPP) SECTIONS [21-115](#), [23-400](#), AND [42-722](#)

The purpose of this letter is to inform the County Welfare Departments (CWDs) that a screening tool for learning disabilities (LD) has been validated for CalWORKs welfare-to-work (WTW) participants whose primary language is Spanish. These forms are to be used **immediately** with participants whose primary language is Spanish. **The forms have been validated for use in Spanish only and cannot be translated into other languages.**

Implementation

Generally, policies for offering the screening tool to Spanish-speaking participants and referring for LD evaluations are the same as those for English-speakers in MPP section [42-722](#). Additionally, the CWDs shall ensure that effective bilingual or interpretive services are provided to serve the needs of the Spanish-speaking population as described in MPP section [21-115](#) when offering and administering a LD screening. When administering a screening in Spanish, the staff or interpreter reads from the Learning Needs Screening (Spanish) (WTW 48) and the participant is given the Learning Needs Screening – Client Copy (Spanish) (WTW 49) to follow along.

The WTW 48 and WTW 49 shall be administered by staff that is bilingual in English and Spanish or administered with the assistance of a Spanish-language interpreter. The staff and interpreters shall have the language skills and cultural awareness necessary to communicate fully and effectively to provide the same level of service to Spanish-speaking WTW participants as is provided to English-speaking WTW participants (MPP section [21-115](#)).

As described in MPP section [42-722.1](#), the CWDs must offer WTW participants a screening for LD at the first WTW contact (i.e., orientation or appraisal) or no later than at the assessment. The offer of the screening and evaluation must be both verbal and in writing and must include the information in MPP section [42-722.121](#), which is also in the preamble of the WTW 48 (and the WTW 18 for English-speakers).

Other Languages

As described in MPP section [42-722.15](#), when working with limited-English proficient (LEP) WTW participants **for whom no validated LD screening tools exist**, the CWDs must determine whether a potential learning disability exists by using discussions with, and observation of, the participant to determine the existence of a potential learning disability.

The CWDs also need to continue to refer LEP participants whose primary language is not English or Spanish for **LD evaluations** as needed. If the CWD determines a LEP participant potentially has a learning disability or if a LEP participant **requests** a LD evaluation as described in MPP sections [42-722.15](#), [.153](#), and [.414](#)—and no validated screening tool exists in their primary language—the CWD shall refer the participant for a LD evaluation. The CWD shall refer the participant **even if there are no validated LD evaluation tools in the participant’s primary language** (MPP section [42-722.465](#)). Refer to [ACL No. 15-101](#) for additional guidance regarding the requirements for LD screenings and evaluations.

Validation Study

The California Department of Social Services (CDSS) contracted with the University of California, Davis’ Center for Public Policy Research (CPPR) to research tools for screening Spanish-speaking WTW participants for LD. Three screens were selected as pilot screening measures: a Spanish-language tool based on the WTW 18 Learning Needs Screening, the Empire State Screen (from the New York State Office of Temporary and Disability Assistance), and a translated and revised version of the Mississippi Assessment Technique for Identifying Learning Disabilities in Adults (MATILDA-R). Following administration of the screens, each participant was evaluated for LD.

Using this study, the Spanish-language tool based on the WTW 18 was validated and selected as the LD screening tool for Spanish-speaking WTW participants for the following reasons:

- The WTW 48 has 70.3 percent overall accuracy, which compares favorably to the 74 percent overall accuracy of the English Learning Needs Screening tool.
- The WTW 48 is similar to the WTW 18, so the CWDs are familiar with the format.
- The WTW 48 requires little training and is quick to administer and score.

The **Final Report** of the study to develop the Spanish-language LD screening tool is available on the CDSS website at <http://www.cdss.ca.gov/research/PG219.htm>.

Forms

The forms are located on the CDSS website on the [Spanish forms](#) webpage under the titles [WTW 48 \(7/16\) - Learning Needs Screening \(Spanish\)](#) and [WTW 49 \(4/16\) - Learning Needs Screening – Client Copy \(Spanish\)](#). The Spanish titles on the forms are “Evaluación preliminar de necesidades relacionadas al aprendizaje” and “Evaluación preliminar de necesidades relacionadas al aprendizaje – copia del cliente.”

The WTW 48 and WTW 49 were originally translated from the WTW 18 and WTW 19, but the forms are **not merely translations** of the WTW 18 and WTW 19 and do not have the same form numbers. These culturally sensitive documents have been **thoroughly studied and validated** for use with the Spanish-speaking CalWORKs population. The WTW 48 and WTW 49 are required forms and substitutes are not permitted. **The WTW 48 and WTW 49 are for use in Spanish only, and cannot be translated into other languages.**

Required Form – No Substitutes Permitted: Forms in this category may not be modified or restructured by the CWD or consortium. However, overprinting or reformatting and Electronic Data Processing (EDP) modifications are permitted. Overprinting is defined as a process in which the CWD prints additional information over a currently required form without modifying the format, structure, or legal content of the form.

The following have been identified as acceptable overprinting purposes and do not require state approval: (a) to identify the CWD, (b) to add information to the “County Use Only” section, or (c) to add Eligibility Worker instructions. Overprinting or EDP modifications for purposes other than those specified must be pre-approved by the CDSS before use of the form by the CWD. More information regarding the form types and the CWD modification procedures can be found in MPP section 23-400 located on the CDSS website at <http://www.cdss.ca.gov/ord/entres/getinfo/pdf/opsman3.pdf>.

Camera Ready Copies and Translations

For camera-ready copies in English, contact the Forms Management Unit at fmudss@dss.ca.gov. If your office has internet access, you may obtain this form from the CDSS webpage at: http://www.dss.cahwnet.gov/cdssweb/FormsandPu_271.htm. When translations are completed per MPP section [21-115.2](#), including Spanish forms, they are posted on the CDSS website. Copies of the translated forms can be obtained at: http://www.dss.cahwnet.gov/cdssweb/FormsandPu_274.htm.

For questions on translated materials, please contact Language Services at (916) 651-8876. Until translations are available, recipients who have elected to receive materials in languages other than English should be sent the English version of the form or notice along with the *GEN 1365-Notice of Language Services* and a local contact.

Please Note: The WTW 48 and WTW 49 are for use in Spanish only and cannot be translated into other languages.

The CWDs shall ensure that effective bilingual services are provided. This requirement may be met through utilization of paid interpreters, qualified bilingual employees, and qualified employees of other agencies or community resources. These services shall be provided free of charge to the applicant/recipient.

In the event that CDSS does not provide translations of a form, it is the county's responsibility to provide the translation if an applicant or recipient requests it. More information regarding translations can be found in MPP section [21-115](#).

If you have questions or need additional information regarding this ACL or the Spanish-language learning needs screening forms, contact your CalWORKs Employment Bureau county consultant at (916) 654-2137.

Sincerely,

Original Document Signed By:

TODD R. BLAND
Deputy Director
Welfare to Work Division

Attachments

c: CWDA

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE LEARNING NEEDS SCREENING

Instrucciones para el trabajador del Condado:

Directions for County Worker:

1. Antes de hacer las preguntas en este formulario, dele al cliente el formulario WTW 49 (Evaluación preliminar de necesidades relacionadas al aprendizaje - copia del cliente) para que él o ella pueda leer las preguntas en silencio cuando usted las lea en voz alta.

Before asking the questions on this form, give the client form WTW 49 (Learning Needs Screening - Client Copy) so he or she can follow along and read the questions silently as you read them aloud.

2. Antes de hacer las preguntas en la "Evaluación preliminar de necesidades relacionadas al aprendizaje", léale al cliente esta declaración en voz alta:

Before proceeding to the Learning Needs Screening questions on the following pages, read the following preamble aloud to the client:

PREÁMBULO:

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 LEARNING NEEDS SCREENING

Instrucciones para el trabajador del Condado (Continuación):

Directions for County Worker (Continued):

3. **NEGATIVA A UNA EXAMINACIÓN PRELIMINAR O A SER EVALUADO:** Si el cliente no quiere ser evaluado, léale el formulario WTW 17 (Renuncia a una examinación preliminar y/o evaluación de CalWORKs sobre discapacidades de aprendizaje) y explíquelo la importancia y los beneficios de una examinación preliminar para discapacidades de aprendizaje y/o una evaluación sobre discapacidades de aprendizaje. No le ofrezca la renuncia en lugar de ofrecerle la examinación preliminar o la evaluación. Si el cliente todavía no quiere una examinación preliminar o no quiere ser evaluado, pídale al cliente que firme el formulario WTW 17. Guarde el formulario original en el expediente del caso y dele al cliente una copia del formulario.

REFUSAL TO BE SCREENED OR EVALUATED: If the client makes the decision to not be screened, read the WTW 17 form (Waiver of CalWORKs Learning Disabilities Screening and/or Evaluation) to the client and explain the importance and benefits of a learning disabilities screening and/or a learning disabilities evaluation. Do not offer the waiver in lieu of offering the screening or evaluation. If the client still does not want to be screened or evaluated, have the client sign the WTW 17 form. Give a copy of the form to the client and retain the original in the case file.

4. Haga cada una de las preguntas en las secciones I, II, III, y IV en la página 4.

Ask the client each question in sections I, II, III, and IV on page 4.

- Registre las respuestas del cliente marcando "SÍ" o "NO".

Record the client's responses by checking "YES" or "NO."

- Cuente el número de respuestas marcadas "SÍ" en cada sección, luego multiplique este número por el número de la sección. Por ejemplo, multiplique por 3 el número de respuestas marcadas "SÍ" en la sección III. Luego anote el resultado como el subtotal al lado del signo de igual.

Count the number of "YES" responses in each section, then multiply by the number indicated in the section. For example, multiply the number of "YES" responses obtained in Section III by 3. Then enter the result after the equal sign as the subtotal.

- Para obtener el total, sume todos los subtotales en las secciones I, II, III y IV.

To obtain a total, add the subtotals from sections I, II, III and IV.

- Si el total de las secciones I, II, III, y IV es 12 o más, refiera al cliente para una evaluación sobre discapacidades específicas de aprendizaje y documente la referencia en el expediente del caso.

If the total from sections I, II, III and IV is 12 or more, refer the client for a learning disabilities evaluation and document the referral in the case file.

5. Haga al cliente cada una de las preguntas suplementarias en la página 5, sin importar el total.

Ask the client each of the supplemental questions on page 5 regardless of the score.

- Registre las respuestas del cliente marcando "SÍ" o "NO" y llenando las partes en blanco, cuando sea apropiado.

Record the client's responses by checking "YES" or "NO" and filling in the blanks, where appropriate.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE

LEARNING NEEDS SCREENING

Instrucciones para el trabajador del condado (Continuación):

Directions for County Worker (Continued):

- Pídale al cliente que le proporcione cualquier registro de una evaluación previa de discapacidades específicas de aprendizaje, asistencia a educación especial, o condiciones médicas. Si parece que el cliente tiene problemas para obtener la información, el Condado le ayudará al cliente. El cliente firmará el documento apropiado para dar el permiso para obtener la información.

Ask the client to provide any record of a previous learning disabilities evaluation, attendance in special education, or medical conditions. If the client appears to have problems obtaining the information, the county will assist the client. The client will sign the appropriate document to grant permission to obtain the information.

- Con el consentimiento por escrito del cliente (WTW 20: Permiso para compartir información sobre discapacidades específicas del aprendizaje), envíe los registros al evaluador de discapacidades específicas de aprendizaje para su consideración.

With the client's written consent (WTW 20: Permission to Release Learning Disabilities Information), forward the records to the learning disabilities evaluator for consideration.

- Refiera al cliente (como sea apropiado) a proveedores médicos o proveedores de servicio para tratar cualquier posible preocupación de salud identificada en la página 5.

Refer the client, as appropriate, to a medical or service provider(s) to address any potential health concerns identified on page 5.

Nota: La herramienta de "Evaluación preliminar de necesidades relacionadas al aprendizaje" no es para determinar la existencia de una discapacidad de aprendizaje. Esta herramienta es solamente el primer paso en el proceso de evaluación.

Note: The Learning Needs Screening tool is not intended to determine the existence of a learning disability. It is only the first step in the evaluation process.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE

Esta evaluación preliminar es válida solamente para uso en español y no puede ser traducido a otros idiomas.

This screening tool is validated for use in Spanish only and cannot be translated into other languages.

NOMBRE DEL CLIENTE		NÚMERO DE CASO DEL CONDADO
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	TÍTULO DEL ENTREVISTADOR	FECHA DE LA ENTREVISTA

SECCIÓN I **SÍ** **NO**

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?.....

Cuenta el número de respuestas con "Sí" en la Sección I _____ X 1 = _____ Subtotal Sección I

SECCIÓN II **SÍ** **NO**

6. ¿Ha tenido algún problema de aprendizaje en la escuela primaria?
7. ¿Tiene dificultad o problemas para combinar los símbolos de matemáticas básicas (+/x)? . .

Cuenta el número de respuestas con "Sí" en la Sección II _____ X 2 = _____ Subtotal Sección II

SECCIÓN III **SÍ** **NO**

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?.....

Cuenta el número de respuestas con "Sí" en la Sección III _____ X 3 = _____ Subtotal Sección III

SECCIÓN IV **SÍ** **NO**

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?

Cuenta el número de respuestas con "Sí" en la Sección IV _____ X 4 = _____ Subtotal Sección IV

 EL TOTAL de las Secciones I, II, III, y IV: _____

Si el total es 12 o más, refiera para una evaluación más a fondo. Complete la siguiente página independientemente de la puntuación.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE (Continuación)

EDUCACIÓN:

- 14. ¿Alguna vez estuvo en clases de educación especial en la escuela? SÍ NO
- 15. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o le han dicho que tiene discapacidades de aprendizaje SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", ¿por quién? _____ ¿Cuándo? _____
Tipo o tipos de discapacidades de aprendizaje (si se sabe): _____
- 16. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o le han dicho que tiene el Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", ¿por quién? _____ ¿Cuándo? _____

LENTES:

- 17. ¿Necesita o usa lentes o lentes de contacto? SÍ NO
- 18. ¿Tuvo su examen de la vista en los últimos dos años? SÍ NO

AUDICIÓN:

- 19. ¿Necesita o usa un aparato para oír? SÍ NO
- 20. ¿Ha tenido un examen de los oídos en los últimos 12 meses? SÍ NO

HABLA:

- 21. ¿Alguna vez ha ido a un terapeuta del habla o del lenguaje? SÍ NO

INFORMACIÓN MÉDICA/FÍSICA:

- 22. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?:
 - muchas infecciones en los oídos SÍ NO
 - muchos problemas de sinusitis. SÍ NO
 - fiebres altas que duraron mucho tiempo. SÍ NO
 - diabetes (azúcar alta en la sangre). SÍ NO
 - alergias severas SÍ NO
 - muchos dolores de cabeza o migrañas SÍ NO
 - una lesión en la cabeza SÍ NO
 - convulsiones o ataques SÍ NO
 - problemas serios de salud. SÍ NO
- 23. ¿Está tomando algún medicamento que afecta la manera en que piensa, actúa, o siente?.. SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", ¿qué está tomando? _____
¿Con qué frecuencia? _____
- 24. ¿Necesita servicios médicos o de seguimiento? SÍ NO
Se necesitan/se hicieron referencias del Condado: _____

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?