

---

Central Coast Oncology & Hematology  
Amy McMullen, MD     Michael Yen, MD PhD

---

Determinantes Sociales de la Salud (SDOH) Evaluación de Riesgos

Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a entender cualquier factor social que pueda estar afectando su salud.

1. Vivienda y Situación de Vida:

¿Tiene un lugar estable para vivir?

☐ Sí

☐ No

Si respondió no, describa su situación actual de vivienda:

\_\_\_\_\_

2. Seguridad de alimento:

En los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se quedara sin comida antes de tener dinero para comprar más?

☐ Frecuentemente

☐ A veces

☐ Nunca

3. Transporte:

¿Tiene transporte confiable para llegar a las citas médicas?

☐ Sí

☐ No

4. Empleo e Ingresos:

¿Está empleado actualmente?

☐ Sí

☐ No

¿Tiene suficiente dinero para cubrir necesidades básicas como comida, vivienda y atención médica?

☐ Sí

☐ No

5. Apoyo Social:

¿Tiene familiares o amigos en quienes pueda confiar para obtener apoyo?

☐ Sí

☐ No

---

**Central Coast Oncology & Hematology**  
**Amy McMullen, MD     Michael Yen, MD PhD**

---

**6. Educación:**

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- ☐ Menos de la preparatoria
- ☐ Diploma de preparatoria o GED
- ☐ Algo de universidad
- ☐ Título universitario o superior

**7. Seguridad:**

¿Se siente seguro en su hogar y vecindario?

- ☐ Sí
- ☐ No

**8. Acceso a la Atención Médica:**

¿Tiene alguna dificultad para acceder a los servicios de atención médica?

- ☐ Sí
- ☐ No

Si su respuesta fue sí, describa: \_\_\_\_\_

**Comentarios Adicionales:**

---

**Consentimiento del Paciente para Servicios de Navegación de Enfermedades Principales (PIN) (G0023)**

Consiento recibir servicios de Navegación de Enfermedades Principales (PIN) proporcionados por Central Coast Oncology & Hematology. Entiendo que los servicios PIN están diseñados para ayudarme a manejar mi enfermedad crónica a través de atención y coordinación, incluyendo:

- Evaluación y planificación centrada en la persona
- Establecimiento de metas y apoyo en el plan de tratamiento
- Coordinación y comunicación de la atención entre mis proveedores de atención médica
- Asistencia con la navegación del sistema de atención médica

Reconozco que los servicios PIN se facturan bajo el código G0023 y cubren 60 minutos de servicios de navegación por mes calendario. Entiendo que estos servicios serán documentados en mis registros médicos y que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a Central Coast Oncology & Hematology.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_