
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 respondio 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: _____