

# Parent Survey (Fax Referral)



This survey should be completed by a **parent/guardian of children** attending this visit. **PLEASE PRINT**

Child's Name \_\_\_\_\_ Child's Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month Day Year

Parent/Guardian's Name \_\_\_\_\_  
First Middle/Second Last

Relationship to Child  Mother  Father  Other (Specify) \_\_\_\_\_

Your Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Language Preference (circle)  
Month Day Year English Spanish Cantonese Korean Mandarin Vietnamese

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Alternate Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Today's Visit  6-Month Well Child Visit  Other \_\_\_\_\_

1. Have you smoked a cigarette, even a puff, in the last 7 days?  Yes<sub>(ETS)</sub>  No<sub>(NS)</sub> **(If NO, skip to question #3)**

2a. If help is provided, would you like to quit in the near future?  Yes<sub>(S)</sub>  No<sub>(S-NR)</sub>

2b. If yes, please check the best time for a smoking cessation counselor to reach you by phone.  
 Mornings 7am-12pm  Saturday 9am-1pm  
 Afternoons 12pm-5pm  Anytime  
 Evenings 5pm-9pm

3. Has anyone who lives in your household (**not including you**) smoked a cigarette, even a puff, in the last 7 days?  Yes<sub>(ETS)</sub>  No<sub>(NS)</sub>

I acknowledge that the information on this survey may be shared to provide on-going treatment and/or treatment options for smoking cessation. A counselor with the California Smokers' Helpline may contact me to ask if I would like to join a stop smoking program. The counselor may then share information with my child's doctor. I understand that signing my name below will in no way change the care I receive from my doctor.

**SIGNATURE** \_\_\_\_\_

**DATE** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month Day Year

<b>FOR OFFICE USE</b>	1. Please review survey and determine if a fax referral is needed or education materials should be provided: (S)=Fax Referral (ETS)=Education Materials 2. Please fax referrals (S) to: <b>(858) 300-1136</b> 3. Please place completed survey inside her/his child's chart	<b>For additional materials</b> Please visit our website <a href="http://www.sdSmokeFreeFamilies.com">www.sdSmokeFreeFamilies.com</a>
	<div style="background-color: black; color: white; padding: 2px;"><b>OFFICE NAME AND ADDRESS</b></div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	

**Fax Referral (858) 300-1136**

Faxed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Esta encuesta debe ser llenada por un **padre/tutor de niños**  
que tienen cita para un examen médico *FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE*

Nombre del Niño _____			Fecha de Nacimiento del Niño		
			___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
			Mes	Día	Año
Nombre del Padre/Madre/Tutor _____					
		Primer	Medio/Segundo	Apellido	
Parentesco al Niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro Parentesco (Especifica) _____					
Su Fecha de Nacimiento			Preferencia de Idioma (circule)		
___ / ___ / ___			Inglés      Español		
			Mes	Día	Año
Dirección _____		Ciudad _____		Código Postal _____	
Teléfono Domicilio ( ___ - ___ ) _____ - _____			Teléfono Alternativo ( ___ - ___ ) _____ - _____		
Visita de Hoy <input type="checkbox"/> Chequeo de 6-meses <input type="checkbox"/> Otro Visita _____					
<p>1. ¿Durante los últimos 7 días fumo usted algún cigarro, o dio alguna fumada a un cigarro?      <input type="checkbox"/> Sí<sub>(ETS)</sub>   <input type="checkbox"/> No<sub>(NS)</sub>      <b>(Si NO, sáltese a la pregunta #3)</b></p> <p>2a. ¿Si se le proporciona ayuda, tiene usted interés en dejar de fumar en el futuro cercano?      <input type="checkbox"/> Sí<sub>(S)</sub>      <input type="checkbox"/> No<sub>(S-NR)</sub></p> <p>2b. Si la respuesta es "sí," escoja el horario más conveniente para que un consejero de la Línea de Ayuda para Fumadores se comuniqué con usted.</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Mañanas 7am–12pm                      <input type="checkbox"/> Sábados 9am–1pm</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Tardes 12pm–5pm                                <input type="checkbox"/> Cualquier Horario</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Noches 5pm–9pm</p> <p>3. ¿Durante los últimos 7 días fumó o dio alguna fumada a un cigarro alguien que vive en su casa (no incluyéndola a usted)?      <input type="checkbox"/> Sí<sub>(ETS)</sub>      <input type="checkbox"/> No<sub>(NS)</sub></p>					

Reconozco que la información en esta encuesta será compartida para dar continuidad al tratamiento y/o las opciones de tratamiento para dejar de fumar, prevenir la recaída a fumar y educación sobre el tabaquismo. Un consejero de la California Smokers' Helpline puede ponerse en contacto conmigo para preguntar si me gustaría unirme a un programa para dejar de fumar. De igual manera, el consejero compartirá información con el doctor de mi hijo/a. Entiendo que el hecho de que yo firme mi nombre en esta encuesta, de ningún modo cambiara el cuidado que yo recibo de mi doctor.

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Mes      Día      Año

<b>FOR OFFICE USE</b>	<p>1. Please review survey and determine if a fax referral is needed or education materials should be provided: (S)=Fax Referral (ETS)=Education Materials</p> <p>2. Please fax referrals (S) to: <b>(858) 300-1136</b></p> <p>3. Please place completed survey inside her/his child's chart</p>	<p><b>For additional materials</b> Please visit our website <a href="http://www.sdSmokeFreeFamilies.com">www.sdSmokeFreeFamilies.com</a></p>

**Fax Referral (858) 300-1136**

Faxed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**OFFICE NAME AND ADDRESS**