

# Prenatal Survey

## (Fax Referral)



*Thank you for taking a few moments to answer some questions.  
 We would like ALL prenatal patients to fill out this survey. PLEASE PRINT.*

Your Name \_\_\_\_\_  
First Middle/Second Last

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

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

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

1. Please check the box next to the statement that best describes you.

- I smoke now<sub>(S)</sub>  I quit smoking after I learned I was pregnant<sub>(RQ)</sub>
- I smoke now, but cut down after I learned I was pregnant<sub>(S)</sub>  I don't smoke<sub>(NS)</sub>
- I smoke from time to time<sub>(S)</sub>

2. How many smokers live in your home (include yourself, if you smoke)?

- 0<sub>(NS)</sub>  1<sub>(ETS)</sub>  2<sub>(ETS)</sub>  3 or more<sub>(ETS)</sub>

To help me and my baby stay as healthy as possible, I acknowledge that the information on this survey form 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 doctor. I understand that signing my name below will in no way change the care I receive from my doctor.

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

**Please check the best time to reach you:**

- Mornings 7am - 12pm  Afternoons 12pm - 5pm  Evenings 5pm - 9pm  Saturday 9am-1pm  Anytime

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

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

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

**OFFICE NAME AND ADDRESS**

California Women's Medical Clinic  
 4282 Genesee Avenue Suite 201  
 San Diego, CA 92117  
  
 Clinic ID #201



Gracias por tomar unos minutos para contestar estas preguntas.

Nos gustaría que **TODAS** las mujeres embarazadas contesten esta encuesta. **USE LETRA DEL MOLDE.**

Nombre \_\_\_\_\_  
Primer Medio/Segundo Apellido

Teléfono Domicilio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Su Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mes Día Año Preferencia de Idioma (circule) Inglés Español

- Por favor marque con una cruz dentro de la caja, la respuesta que mejor la describa a usted.
  - Soy fumadora<sub>(S)</sub>  Dejé de fumar cuando supe que estoy embarazada<sub>(RQ)</sub>
  - Estoy fumando menos desde que supe que estoy embarazada<sub>(S)</sub>  No fumo<sub>(NS)</sub>
  - Fumo de vez en cuando<sub>(S)</sub>
- ¿Cuántos fumadores viven en su casa (incluyéndola a usted misma, si es que fuma)?
  - 0<sub>(NS)</sub>  1<sub>(ETS)</sub>  2<sub>(ETS)</sub>  3 o más personas<sub>(ETS)</sub>

Para ayudarme a mi y mi bebé a mantenernos lo más saludable posible, 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 mi doctor. 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 DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

**Por favor, escoja el horario más conveniente para usted:**

Mañanas 7am - 12pm  Tardes 12pm - 5pm  Noches 5pm - 9pm  Sábados 9am-1pm  Cualquier Horario

<b>FOR OFFICE USE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Please review and determine if a fax referral is needed or education materials should be provided: (S)=Fax Referral (RQ)=Education Materials (ETS)=Education Materials</li> <li>Please fax referrals (S) to: <b>(858) 300-1136</b></li> <li>Please place completed survey inside patient's chart</li> </ol>	<p><b>For additional materials</b> Please visit our website <a href="http://www.sdSmokeFreeFamilies.com">www.sdSmokeFreeFamilies.com</a></p>
	<p><input type="checkbox"/> <b>Fax Referral (858) 300-1136</b></p> <p>Faxed by _____ Date _____</p>	<p><b>OFFICE NAME AND ADDRESS</b></p> <p>California Women's Medical Clinic 4282 Genesee Avenue Suite 201 San Diego, CA 92117</p> <p>Clinic ID #201</p>