

*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_(S) I quit smoking after I learned I was pregnant_(RQ)
 I smoke now, but cut down after I learned I was pregnant_(S) I don't smoke_(NS)
 I smoke from time to time_(S)

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

- 0_(NS) 1_(ETS) 2_(ETS) 3 or more_(ETS)

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

FOR OFFICE USE	<p>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</p> <p>2. Please fax referrals (S) to: (858) 300-1136</p> <p>3. Please place completed survey inside patient's chart</p>	<p>For additional materials Please visit our website www.sdSmokeFreeFamilies.com</p>
	<p><input type="checkbox"/> Fax Referral (858) 300-1136</p> <p>Faxed by _____ Date _____</p>	<p>OFFICE NAME AND ADDRESS</p> <p>Chula Vista Family Clinic 865 Third Ave. Ste. 133 Chula Vista, CA 91910</p> <p>Clinic ID #5</p>

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 ____/____/____ Preferencia de Idioma (circule) Inglés Español
Mes Día Año

1. Por favor marque con una cruz dentro de la caja, la respuesta que mejor la describa a usted.

- Soy fumadora_(S) Dejé de fumar cuando supe que estoy embarazada_(RQ)
- Estoy fumando menos desde No fumo_(NS)
que supe que estoy embarazada_(S)
- Fumo de vez en cuando_(S)

2. ¿Cuántos fumadores viven en su casa (incluyéndola a usted misma, si es que fuma)?

- 0_(NS) 1_(ETS) 2_(ETS) 3 o más personas_(ETS)

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

FOR OFFICE USE

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: **(858) 300-1136**
3. Please place completed survey inside patient's chart

For additional materials
Please visit our website
www.sdSmokeFreeFamilies.com

Fax Referral (858) 300-1136

Faxed by _____ Date _____

OFFICE NAME AND ADDRESS

Chula Vista Family Clinic
865 Third Ave. Ste. 133
Chula Vista, CA 91910

Clinic ID #5