

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_(ETS) No_(NS) **(If NO, skip to question #3)**

2a. If help is provided, would you like to quit in the near future? Yes_(S) No_(S-NR)

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_(ETS) No_(NS)

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

FOR OFFICE USE	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: (858) 300-1136 3. Please place completed survey inside her/his child's chart	For additional materials Please visit our website www.sdSmokeFreeFamilies.com
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">OFFICE NAME AND ADDRESS</p> <p style="text-align: center;">Children's Medical Group-South Bay 280 E Street Chula Vista, CA 91910</p> <p style="text-align: center;">Clinic ID #62</p> </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 Madre Padre 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 Chequeo de 6-meses Otro Visita _____

1. ¿Durante los últimos 7 días fumo usted algún cigarro, o dio alguna fumada a un cigarro? Sí_(ETS) No_(NS) (Si NO, sáltese a la pregunta #3)

2a. ¿Si se le proporciona ayuda, tiene usted interés en dejar de fumar en el futuro cercano? Sí_(S) No_(S-NR)

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

3. ¿Durante los últimos 7 días fumó o dio alguna fumada a un cigarro alguien que vive en su casa (no incluyéndola a usted)? Sí_(ETS) No_(NS)

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

FOR OFFICE USE

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: **(858) 300-1136**

3. Please place completed survey inside her/his child's chart

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

OFFICE NAME AND ADDRESS

Children's Medical Group-South Bay
280 E Street
Chula Vista, CA 91910

Clinic ID #62



Fax Referral (858) 300-1136

Faxed by _____ Date _____