Partnership for Smoke-free Families | A Partnership Project of Rady Children's Hospital, Scripps, and Sharp
Health • Wellness • Community

Parent Survey
(Fax Referral)

California Smokers' Helpline
1-800-NO-BUTTS

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$_{(S\text{-}NR)}$

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

☐ **Fax Referral (858) 300-1136**

Faxed by _____ **Date** _____

OFFICE NAME AND ADDRESS

Chula Vista Family Clinic
865 3rd Avenue, Suite 133
Chula Vista, CA 91911

Clinic ID #9

Partnership for Smoke-free Families | A Partnership Project of Rady Children's Hospital, Scripps, and Sharp
Health • Wellness • Community

Encuesta de Padres
(Fax Referral)

California Smokers' Helpline
1-800-NO-BUTTS

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 Nino __ __ / __ __ / __ __
Mes Día Año

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____
Primer Medio/Segundo Apellido

Parentesco al Nino ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro Parentesco (Especifica) _____

Su Fecha de Nacimiento __ __ / __ __ / __ __ Preferencia de Idioma (circule) Ingles 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$_{(S\text{-}NR)}$
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 ☐ Tardes 12pm–5pm ☐ Noches 5pm–9pm ☐ Sábados 9am–1pm ☐ Cualquier Horario
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 cuido 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

☐ **Fax Referral (858) 300-1136**

Faxed by _____ **Date** _____

OFFICE NAME AND ADDRESS

Chula Vista Family Clinic
865 3rd Avenue, Suite 133
Chula Vista, CA 91911

Clinic ID #9