

# 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="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>OFFICE NAME AND ADDRESS</b></p> <p style="text-align: center;">Clinica De La Mora            995 Gateway Center Way, Ste 202            San Diego, CA 92102</p> <p style="text-align: center;">Clinic ID #91</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 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)  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<sub>(ETS)</sub>  No<sub>(NS)</sub> **(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<sub>(S)</sub>  No<sub>(S-NR)</sub>

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<sub>(ETS)</sub>  No<sub>(NS)</sub>

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>	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>
	<b>OFFICE NAME AND ADDRESS</b>	

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

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

**OFFICE NAME AND ADDRESS**

Clinica De La Mora  
 995 Gateway Center Way, Ste 202  
 San Diego, CA 92102

Clinic ID #91