

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;">PHN East Region Public Health Center 151 Van Houten Ave. El Cajon, CA. 92020</p> <p style="text-align: center;">Clinic ID #304</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	<p>1. Please review survey and determine if a fax referral is needed or education materials should be provided: (S)=Fax Referral (ETS)=Education Materials</p> <p>2. Please fax referrals (S) to: (858) 300-1136</p> <p>3. Please place completed survey inside her/his child'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>PHN East Region Public Health Center 151 Van Houten Ave. El Cajon, CA. 92020</p> <p>Clinic ID #304</p>