

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 North Central Public Health Center 5055 Ruffin Rd. San Diego, CA. 92123</p> <p style="text-align: center;">Clinic ID #302</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
Nombre del Padre/Madre/Tutor _____				
Primer			Medio/Segundo	
Apellido				
Parentesco al Niño	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Otro Parentesco (Especifica) _____	
Su Fecha de Nacimiento	____ / ____ / ____	Preferencia de Idioma (circule)	Ingles	Español
		Mes		Día
Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____				
Teléfono Domicilio (_____) _____-_____		Teléfono Alternativo (_____) _____-_____		
Visita de Hoy <input type="checkbox"/> Chequeo de 6-meses <input type="checkbox"/> Otro Visita _____				
<p>1. ¿Durante los últimos 7 días fumo usted algún cigarro, o dio alguna fumada a un cigarro? <input type="checkbox"/> Sí_(ETS) <input type="checkbox"/> No_(NS) (Si NO, sáltese a la pregunta #3)</p> <p>2a. ¿Si se le proporciona ayuda, tiene usted interés en dejar de fumar en el futuro cercano? <input type="checkbox"/> Sí_(S) <input type="checkbox"/> No_(S-NR)</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Mañanas 7am-12pm <input type="checkbox"/> Sábados 9am-1pm</p> <p><input type="checkbox"/> Tardes 12pm-5pm <input type="checkbox"/> Cualquier Horario</p> <p><input type="checkbox"/> Noches 5pm-9pm</p> <p>3. ¿Durante los últimos 7 días fumó o dio alguna fumada a un cigarro alguien que vive en su casa (no incluyéndola a usted)? <input type="checkbox"/> Sí_(ETS) <input type="checkbox"/> No_(NS)</p>				

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 style="font-weight: bold;">☐ Fax Referral (858) 300-1136</p> <p>Faxed by _____ Date _____</p>	<p style="font-weight: bold;">OFFICE NAME AND ADDRESS</p> <p style="text-align: center;">PHN North Central Public Health Center 5055 Ruffin Rd. San Diego, CA. 92123</p> <p style="text-align: center;">Clinic ID #302</p>