



HCHS/SOL COMPASS Ancillary Study (AS#2015.12) Forms

NHLBI grant: Ancillary to HCHS/SOL: Cardiometabolic Outcomes in Multi-ethnic Physical Activity & Sedentary Behavior Study ([R01 HL136266](#); Y Mossavar-Rahmani, RC Kaplan, & V Ramachandran)

English

CEP - Eligibility and Participation Checklist

CFE - Activity Feedback Form

ICT - Informed Consent Tracking

PAE - Physical Activity Questionnaire

Spanish

CFS - Activity Feedback Form Spanish

PAS - Physical Activity Questionnaire Spanish

ID NUMBER:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: CEP
 VERSION: 1,
 2/24/2017

Visit	0	1	OCC #		
-------	---	---	-------	--	--

Visit Checklist:

Form/Procedure for CDART data entry			Staff ID
6. Physical Activity (PAE)	a. <input type="checkbox"/>		b.
7. a. Actical issued: <input type="checkbox"/> b. Serial # _____ c. Feedback Form (CFE) <input type="checkbox"/>	d. Date out: ____/____/____	e. Date in: ____/____/____	f. Returned by: Mail <input type="checkbox"/> In-person <input type="checkbox"/>
8. a. Actical reissued: <input type="checkbox"/> b. Serial # _____ c. Feedback Form (CFE) <input type="checkbox"/>	d. Date out: ____/____/____	e. Date in: ____/____/____	f. Returned by: Mail <input type="checkbox"/> In-person <input type="checkbox"/>
9. a. Actical reissued: <input type="checkbox"/> b. Serial # _____ c. Feedback Form (CFE) <input type="checkbox"/>	d. Date out: ____/____/____	e. Date in: ____/____/____	f. Returned by: Mail <input type="checkbox"/> In-person <input type="checkbox"/>
10. a. Actical reissued: <input type="checkbox"/> b. Serial # _____ c. Feedback Form (CFE) <input type="checkbox"/>	d. Date out: ____/____/____	e. Date in: ____/____/____	f. Returned by: Mail <input type="checkbox"/> In-person <input type="checkbox"/>

11. Additional Comments/Notes:

ATTACH ACTICAL DATA (SUBJECTID.awc by dragging file into box)


Files

Event Form

+

To attach files to this event, simply drag them here.

Trash



T412.AWC



COMPASS Activity Feedback Form

ID NUMBER:

FORM CODE: CFE
VERSION: 1,
2/7/2017

Visit OCC #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date (mm/dd/yyyy):

0b. Staff ID:

0c. Language Administered: English Spanish

Instructions: Complete this form based on the responses from the Feedback Form included with the distribution of the accelerometer.

Please respond to the following questions and mail or bring back this form along with the participant brochure and monitor to the clinic.

1. Was the amount of activity you performed during the last week (while you wore the activity monitor) similar to a typical week? (please circle best response)
- During the last week, my level of activity was not very different from a typical week (1)
 - During the last week, I performed more than twice my usual activity (2)
 - During the last week, I performed less than half of my usual activity (3)
2. During the last week (on days when you were wearing the activity monitor), did you do any of these activities: bicycle, swim, or lift weights or heavy objects?
- No** (0)
 - Yes** (1)

If "yes" write in total number of minutes spent during the week:

2a. I bicycled for minutes.

2b. I swam for minutes.

2c. I lifted weights to build or maintain muscle for minutes.

2d. I lifted heavy objects at work or home for minutes.

3. If you have any feedback about the accelerometer (such as accidentally putting the device through a washing machine cycle) please note it below. Please return the monitor even if you think it might be broken.



COMPASS Informed Consent Tracking

ID NUMBER:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: ICT
VERSION: 1
3/6/17

Visit	0	1	OCC#	0	1
-------	---	---	------	---	---

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

		/			/				
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

--	--	--

0c. Language Administered:
 English
 Spanish

Instructions: After obtaining the participants witnessed signature on the informed consent document during the visit, key the responses on this screen from that document. Enter only one form per participant. If any aspect of consent is modified by the participant at a later date (such as a new restriction) update the completion date and staff ID fields to reflect the time of that change and who recorded the change in consent.

A. Elements of INFORMED CONSENT

1. I agree to allow HCHS/SOL COMPASS to collect and use questionnaire data and to wear the accelerometer for research purposes:
 - No (0) [End of Form]
 - Yes (1)

2. I agree to allow my de-identified data to be used by non-affiliated HCHS/SOL COMPASS investigators and the scientists they work with:
 - No (0)
 - Yes (1)

3. I agree to allow my de-identified data to be used by other investigators and by commercial or for-profit companies not associated with HCHS/SOL COMPASS:
 - No (0)
 - Yes (1)



COMPASS Physical Activity Questionnaire

COMPASS

ID NUMBER:

FORM CODE: PAE
VERSION: 1 9/21/07

VISIT OCC #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

I am going to ask you about the time you spend doing different types of physical activity in a typical week. Please answer these questions even if you do not consider yourself to be a physically active person. Think about the activities you do at work, to get from place to place, and in your spare time for recreation, exercise or sport.

A. Physical Activity at Work

Think about the time you spend doing work. Think of work as the things that you have to do such as paid or unpaid work, volunteer work, study/training, farming and harvesting food/crops, fishing or hunting for food, seeking employment, and any other unpaid work that you do outside your home.

Do not include unpaid work you might do around your home, like housework, yard work, general maintenance, and caring for your family.

First, think about all the vigorous activities that take hard physical effort that you do as part of your work. Vigorous activities make you breathe much harder than normal. These may include things like heavy lifting, digging, heavy construction work, shoveling dirt or snow, or climbing up stairs. Think about only those vigorous physical activities that you do for at least 10 minutes at a time.

1. Does your work involve vigorous intensity activity that causes large increases in breathing or heart rate like carrying or lifting heavy loads, digging or construction work for at least 10 minutes continuously?

No 0 → **GO TO QUESTION 4**
Yes 1

2. In a typical week, on how many days do you do vigorous-intensity activities as part of your work?

Days a week

3. How much time do you spend doing vigorous-intensity activities at work, or as part of your work, on a typical day when you do vigorous-intensity activities as part of your work?

Hr. Min.

Now think about activities that take moderate physical effort that you do as part of your work. Moderate physical activities make you breathe somewhat harder than normal and may include activities like carrying light loads. Include brisk walking. Again, think about only those moderate physical activities that you do for at least 10 minutes at a time.

4. Does your work involve moderate-intensity activity that causes small increases in breathing or heart rate such as brisk walking or carrying light loads for at least 10 minutes continuously?

No 0 → **GO TO QUESTION 7**
 Yes 1

5. In a typical week, on how many days do you do moderate-intensity activities as part of your work?
 Days a week

6. How much time do you spend doing moderate-intensity activities at work, or as part of your work, on a typical day when you do moderate-intensity activities as part of your work?
 Hr. Min.

B. Walking or Bicycling for Transportation

The next questions exclude the physical activities at work that you have already mentioned. Now I would like to ask you about the usual way you travel to and from places, for example to work, for shopping, to market, to place of worship.

7. Do you walk or bicycle (pedal cycle) for at least 10 minutes continuously to get to and from places?
 No 0 → **GO TO QUESTION 10**
 Yes 1

8. In a typical week, on how many days do you walk or bicycle to get to and from places?
 Days a week

9. On a typical day when you walk or bicycle to get to and from places, how much total time do you spend walking or bicycling to get to and from places?
 Hr. Min.

C. Leisure Time Physical Activity

Now I would like to ask you about sports, fitness, and recreational (leisure) activities. The next questions exclude the work and transportation activities you have already mentioned. Please do not include any activities you have already mentioned.

10. Do you do any vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities that cause large increases in breathing or heart rate such as running, soccer, football, or basketball for at least 10 minutes continuously?
 No 0 → **GO TO QUESTION 14**
 Yes 1

11. What are some of those activities? (*Read all activities*)

	No	Yes
a. American football	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. Basketball	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c. Boxing	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d. Fencing	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
e. Handball	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
f. High Intensity Aerobics	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
g. Hockey (ice or field)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
h. Lacrosse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
i. Hard Lap swimming	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
j. Racquetball	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
k. Running	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
l. Soccer/football	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
m. Volleyball (competitive)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
n. Water Polo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
o. Weight lifting (hard training)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
p. Indoor cycling/spinning	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
q. Other	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Please specify: _____

12. In a typical week, on how many days do you do vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

Days a week

13. How much time do you spend doing vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities on a typical day when you do vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

Hr. Min.

14. Do you do any moderate-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities that cause small increases in breathing or heart rate such as brisk walking, cycling, swimming, volleyball or karate for at least 10 minutes continuously?

No 0 → **GO TO QUESTION 18**
Yes 1



COMPASS Activity Feedback Form - Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: CFS
VERSION: 1,
2/7/2017

Visit 01 OCC #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date (mm/dd/yyyy): //

0b. Staff ID:

Instructions: Complete this form based on the responses from the Feedback Form included with the distribution of the accelerometer.

Responda las siguientes preguntas y envíe por correo este formulario junto con el folleto del participante y el monitor, o tráigalo a la clínica en persona.

1. ¿Fue la cantidad de actividad física que hizo durante la última semana (mientras usó el monitor de actividad física) similar a una semana típica? (Encierre en un círculo su mayor respuesta).

- Durante la última semana, mi nivel de actividad física no fue muy diferente de la de una semana típica. (1)
- Durante la última semana, hice más del doble de mi actividad física habitual. (2)
- Durante la última semana, hice menos de la mitad de mi actividad física habitual. (3)

2. During Durante la última semana (los días en los que estaba usando el monitor de actividad física), ¿hizo alguna de estas actividades: manejar bicicleta, nadar, o levantar pesas u objetos pesados?

- No** (0)
- Sí** (1)

Si contestó «Sí», escriba el número total de minutos que pasó durante la semana haciendo estas actividades:

2a. Manejé bicicleta por minutos.

2b. Nadé por minutos.

2c. Levanté pesas para aumentar o mantener la fuerza de los músculos por minutos.

2d. Levanté objetos pesados en el trabajo o en la casa por minutos.

3. Si tiene algún comentario sobre el acelerómetro (como haber puesto el monitor, por accidente, en un ciclo de lavado de la lavadora), anótelo aquí abajo. Devuelva el monitor aunque piense que pueda estar roto/malogrado.



COMPASS Physical Activity Questionnaire-Spanish

COMPASS

ID NUMBER:

FORM CODE: PAS
VERSION: 1 12/05/07

Visit OCC #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Le voy a hacer preguntas sobre el tiempo que usted pasa haciendo diferentes tipos de actividades físicas durante una semana normal. Por favor, conteste estas preguntas aunque usted no se considere a sí mismo(a) como una persona físicamente activa. Piense en las actividades que hace en el trabajo, la manera en que se traslada de un lugar a otro y las actividades que hace en su tiempo libre para recreación, ejercicio o deporte.

A. Physical Activity at Work

Piense sobre el tiempo que usted pasa trabajando. Entendemos como trabajo, las labores que usted tiene que hacer, ya sean pagadas o no; trabajo voluntario, estudiar o recibir algún tipo de capacitación, cosechar o cultivar alimentos, pescar o cazar para obtener alimentos, buscar empleo y algún otro tipo de trabajo afuera de la casa que no sea pagado.

No incluye el trabajo que no sea pagado que hace en la casa como los quehaceres del hogar, trabajando en el jardín, manteniendo la casa y cuidando a la familia.

Piense primero sobre las actividades de intensidad vigorosa que requieren un esfuerzo físico fuerte que hace en el trabajo. Las actividades de intensidad vigorosa provocan un gran aumento del ritmo respiratorio o cardíaco. Estas actividades podrían incluir levantar objetos pesadas, excavar, trabajar en la construcción fuerte, traspalar tierra o nieve o subir las escaleras. Piense solamente en las actividades de intensidad vigorosa que hace por lo menos 10 minutos durante una vez.

1. ¿Consiste su trabajo en realizar alguna actividad de intensidad vigorosa que le cause un gran aumento de respiración y pulso, tales como cargar o levantar objetos pesados, excavar o realizar trabajos de construcción por lo menos durante 10 minutos seguidos?

No 0 → **GO TO QUESTION 4**
Sí 1

2. En una semana normal, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad vigorosa como parte de su trabajo?

Días a la semana

3. En un día normal cuando hace actividades de intensidad vigorosa, ¿cuánto tiempo pasa usted realizando actividades de intensidad vigorosa en el trabajo, o como parte de su trabajo?

Hr. Min.

Ahora, piense en las actividades de intensidad moderada que hace en el trabajo. Las actividades de intensidad moderada causan un pequeño aumento del ritmo respiratorio o cardíaco y podría incluir actividades como cargar objetos ligeros. Incluya el caminar rápido. Otra vez, piense solamente en las actividades de intensidad moderada que hace por lo menos 10 minutos durante una vez.

4. ¿Consiste su trabajo en realizar alguna actividad de intensidad moderada que le cause un pequeño aumento del ritmo respiratorio o cardíaco, tales como caminar rápido o cargar objetos ligeros por lo menos durante 10 minutos seguidos?

No 0 → **GO TO QUESTION 7**
 Sí 1

5. En una semana normal, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada como parte de su trabajo?

Días a la semana

6. En un día normal cuando realiza actividades de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo pasa usted realizando actividades de intensidad moderada en el trabajo, o como parte de su trabajo?

Hr. Min.

B. Walking or Bicycling for Transportation

Las siguientes preguntas no incluyen las actividades físicas del trabajo que usted ya mencionó. Ahora quisiera preguntarle sobre la manera en que regularmente usted se traslada de un lugar a otro. Por ejemplo, para ir a trabajar, de compras, al supermercado, al lugar de veneración, oración o culto.

7. ¿Camina usted o monta bicicleta (de pedales) por lo menos durante 10 minutos seguidos para ir de un lugar a otro?

No 0 → **GO TO QUESTION 10**
 Sí 1

8. En una semana normal, ¿cuántos días camina usted o monta bicicleta por lo menos durante 10 minutos seguidos para ir de un lugar a otro?

Días a la semana

9. En un día normal cuando camina usted o monta bicicleta para ir de un lugar a otro, ¿cuánto tiempo pasa usted caminando o montando bicicleta para ir de un lugar a otro?

Hr. Min.

C. Leisure Time Physical Activity

Ahora quisiera preguntarle sobre deportes, actividades para mantener un buen físico y actividades recreativas. Las próximas preguntas no incluyen las actividades de trabajo y de transporte que usted ya mencionó. Por favor, no incluya actividades que ya mencionó.

10. ¿Practica usted algún deporte, actividad física o actividad recreativa de intensidad vigorosa, que le cause un gran aumento del ritmo respiratorio o cardíaco, tales como correr, jugar fútbol o fútbol americano o básquetbol por lo menos durante 10 minutos seguidos?

No 0 → **GO TO QUESTION 14**
 Sí 1

11. ¿Cuáles son algunas de esas actividades? (*Read all activities*)

	No	Sí
a. Fútbol americano	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. Baloncesto/básquetbol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c. Boxeo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d. Esgrima	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
e. Balonmano	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
f. Baile de aeróbic de intensidad vigorosa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
g. Hockey (sobre hielo o hierba)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
h. Lacrosse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
i. Natación a larga distancia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
j. Raquetbol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
k. Correr	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
l. Fútbol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
m. Voleibol (competitiva)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
n. Polo acuático	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
o. Levantamiento de pesas (entrenamiento vigoroso)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
p. Ciclismo en pista cubierta o "spinning"	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
q. Otra	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Por favor especifique: _____

12. En una semana normal, ¿cuántos días practica usted deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa?

Días a la semana

13. En un día normal cuando practica deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa, ¿cuánto tiempo pasa usted practicando deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa?

Hr. Min.

14. ¿Practica usted algún deporte, actividad física o actividad recreativa de intensidad moderada, que le cause un pequeño aumento del ritmo respiratorio o cardíaco, tales como caminar rápido, montar bicicleta, nadar, jugar voleibol o kárate, por lo menos durante 10 minutos seguidos?

No 0 → **GO TO QUESTION 18**
 Sí 1

15. ¿Cuáles son algunas de esas actividades? (*Read all activities*)

	No	Sí
a. Baile de aeróbic/Step/Taibo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. Béisbol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c. Caminar rápido	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d. Piragüismo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
e. Entrenamiento de deportes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
f. Críquet	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
g. Ciclismo (incluya ciclismo inmóvil)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
h. Baile	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
i. Máquinas de ejercicio	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
j. Juego de disco volante (frisbee)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
k. Cazar y pescar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
l. Jai alai	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
m. Kárate/judo/otros artes marciales	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
n. Alpinismo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
o. Patinaje (sobre ruedas o hielo) /Patinaje en línea	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
p. Submarinismo/buceo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
q. Surfing	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
r. Natación	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
s. Tenis de mesa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
t. Tai chi	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
u. Tenis (individual o dobles)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
v. Voleibol (incluya voleibol de playa)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
w. Levantamiento de pesas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
x. Otra	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Por favor especifique: _____

16. En una semana normal ¿cuántos días practica usted deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada?

Días a la semana

17. En un día normal cuando practica deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo pasa usted practicando deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada?

Hr. Min.

D. Sedentary

La siguiente pregunta trata sobre estar sentado(o) o recostado(a) en el trabajo, en el hogar, trasladándose de un lugar a otro, o con amistades, incluyendo el tiempo que pasa sentado(a) en el escritorio, con amistades, viajando en automóvil, autobús, tren, leyendo, jugando cartas o viendo televisión, películas o videos, pero sin incluir el tiempo que pasa durmiendo.

18. Por lo general, ¿cuánto tiempo pasa usted sentado(a) o recostado(a), en un día normal?

Hr. Min.