HCHS/SOL FLOR Ancillary Study (AS#2014.07)
Forms

NIDDK grant: Ancillary to HCHS/SOL: Preconceptional health of Latinas and its association with child adiposity (R01 DK116028, DT Sotres-Alvarez & AM Siega-Riz)

FLOR Questionnaires with References Ordered Alphabetically

English
ANTE – Child Anthropometry
CEBE - Child Eating Behavior
CFHE - Child Feeding Habits
CFSE – Mother Caregiver's Feeding Style
CHCE - Child Care
CHKE - Clinic Checklist
CHQE - Child Health
CMUE - Child Media Use
CPPB - Child Pediatric Provider
CSHE - Child Sleep Habits
CWVE - Child Wellness Visits
DEMB - Demographic Information
DXAE - Child Bone Mineral Density Testing
ELEB – Dyad Individual Eligibility
ESQB - Child Eligibility Safety Questions
HFIE - Mother Home Food Inventory
HSPE - Child Hospitalizations
ICRE - FLOR Remote Interview Informed Consent Tracking Form
ICTE - Informed Consent Tracking
MASE - Mother Acculturation Stress
MATE - Child Delayed Gratification Form
MFAE – Mother Modified Yale Food Addiction Evaluation
PATE - Child PA & Transportation
PDAE - Child Pubertal Development Assessment
REDE - Mother Reward Based Eating Drive
SSWB - Child Saliva Biospecimen Collection
WBQE - Mother Well Being Questionnaire

Spanish
CEBS - Child Eating Behavior Spanish
CFHS - Child Feeding Habits Spanish
CFSS - Mother Caregiver's Feeding Style Spanish
CHCS - Child Care Spanish
CHQS - Child Health Spanish
CMUS - Child Media Use Spanish
CSHS - Child Sleep Habits Spanish
HFIS - Mother Home Food Inventory Spanish
HSPS - Child Hospitalizations Spanish
MASS - Mother Acculturation Stress Spanish
MFAS - Mother Modified Yale Food Addiction Evaluation Spanish
PATS - Child PA & Transportation Spanish
REDS - Mother Reward Based Eating Drive Spanish
WBQS - Mother Well Being Questionnaire Spanish

HCHS/SOL FLOR Ancillary Study
QUESTIONNAIRES WITH REFERENCES

MOTHER QUESTIONNAIRES		
FORM	**DESCRIPTION**	**REFERENCE**
CFSE	Caregiver's Feeding Style (19 items)	Hughes SO, Power TG, Orlet Fisher J, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite.* 2005 Feb;44(1):83-92. Epub 2004 Nov 13. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite.* 2001 Jun;36(3):201-10.
HFIE	Home Food Inventory (SELF-ADMINISTERED AT HOME)	Fulkerson JA, Nelson MC, Lytle L, Moe S, Heitzler C, Pasch KE. The validation of a home food inventory. Int J Behav Nutr Phys Act. 2008 Nov 4;5:55. doi: 10.1186/1479-5868-5-55.
MASE	Acculturative Stress (9 questions)	Form ASE from SOL Youth HOVEY, JOSEPH, D., and CHERYL A. KING. "Acculturative Stress, Depression, and Suicidal Ideation among Immigrant and Second-Generation Latino Adolescents". Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol. 35, no. 9, 1996, pp. 1183–1192.
MFAE	Modified Food Yale Addiction (9 items)	**Modified Yale Food Addiction Scale (mYFAS) with 9 items** Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *The American Journal of Clinical Nutrition.* Mar 2014;99(3):578-586. **Yale Food Addiction Scale (validation for 9 items from 25)** Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. Apr 2009;52(2):430-436. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of Addiction Medicine.* Mar 2009;3(1):1-7.
REDE	The Reward Based Eating Drive (13 items)	Mason AE, Vainik U, Acree M, Tomiyama AJ, Dagher A, Epel ES, Hecht FM. Improving Assessment of the Spectrum of Reward-Related Eating: The RED-13. Front Psychol. 2017 May 30;8:795. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00795. eCollection 2017.

HCHS/SOL FLOR Ancillary Study
QUESTIONNAIRES WITH REFERENCES

MOTHER QUESTIONNAIRES		
FORM	**DESCRIPTION**	**REFERENCE**
WBQE	CESD10 and GAD7	Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, et al. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D. Am J Prev Med 1994; 10: 77–84. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Arch Inern Med. 2006;166:1092-1097.

CHILDREN QUESTIONNAIRES		
FORM	**DESCRIPTION**	**REFERENCE**
CEBE	CEBQ (35 items)	Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. J Child Psychol Psychiatry. 2001 Oct;42(7):963-70. [PMID: 11693591] Carnell S, Wardle J. Measuring behavioural susceptibility to obesity: validation of the child eating behaviour questionnaire. Appetite. 2007 Jan;48(1):104-13. Epub 2006 Sep 7. [PMID: 16962207]
CFHE	Child Feeding Habits (10 questions)	PIN Child questionnaire Section B (child feeding practices)
CHCE	Child Care (4 questions)	PIN Child questionnaire Section D (child care). Reduced a lot.
CHQE	Child health history, health insurance, and federal assistance programs (7 questions)	PIN Child questionnaire Section A (child health) PIN: Pregnancy, Infection, and Nutrition Study
CMUE	Child Media Use and Sedentary Behaviour	Zero to Eight Study (Children's Media Use in America) Questions 5, 6, 8 to 11, 13
CSHE	Child Sleep Habits (CSHQ, abbreviated)	**Owens** JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (**CSHQ**): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. Sleep. 2000 Dec 15;23(8):1043-51.
PATE	Physical Activity and Transportation to Daycare/School	Toy Box Study questions D8 to D11 • Manios Y, Androutsos O, Katsarou C et al. Designing and implementing a kindergarten-based, family-involved intervention to prevent obesity in early childhood. The ToyBox-study. Obes Rev 2014 Aug;15 Suppl S3:5. • Mouratidou T, Miguel ML, Androutsos O et al. Tools, harmonization and standardization procedures of the impact

HCHS/SOL FLOR Ancillary Study
QUESTIONNAIRES WITH REFERENCES

CHILDREN QUESTIONNAIRES		
FORM	**DESCRIPTION**	**REFERENCE**
		and outcome evaluation indices obtained during a kindergarten-based, family involved intervention to prevent obesity in early childhood. The ToyBox-study. Obes Rev. 2014 Aug;15 Suppl S3:53-60. • González-Gil EM, Mouratidou T, Cardon G et al. Reliability of primary caregivers reports on lifestyle behaviours of European preschool children. The ToyBox-study. Obes Rev. 2014 Aug;15 Suppl S3:61-66.
PDAE	Pubertal Development Assessment Questionnaire	Carskadon, Mary A. and C. Mirna León Acebo. "A self-administered rating scale for pubertal development." *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 14 3 (1993): 190-5.

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research Anthropometry (ANTE)

Mother ID NUMBER:									FORM CODE: ANTE VERSION: 1, 6/13/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

0c. Child ID ☐☐☐☐☐☐☐☐ **[Prefill from FVIN]**

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

A. HEIGHT

1. Assessment of ability to stand (choose one):

Can stand erectly on both feet	1☐
Can stand on both feet, but posture not erect.	2☐
Cannot stand on both feet.	3☐ **[END]**

2. Standing height (round to nearest cm):

2a. First Measure: ☐☐☐ cm

2b. Second Measure: ☐☐☐ cm

[To compare values, SAVE the form. Then Click on the circular arrows in Q2b1,]

2b1. These values differ by more than 2cm ☐ **[If YES, do 3rd measurement in Q2c]**
[If NO, Go To Q4]

2c. Third Measure: ☐☐☐ cm

[To compare values, SAVE the form. Then Click on the circular arrows in Q2c1,]

2c1. Third value differs from previous values by more than 2cm ☐ **[If YES, start over on Q2a]**
[If NO, Go To Q4]

3. Height for DXAE use: ☐☐☐.☐ in

B. WEIGHT

4. Weight (round to nearest decimal): ☐☐☐.☐ kg

5. Weight in lb for DXAE use: ☐☐☐.☐ lb

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Eating Behavior (CEBE)

ID NUMBER:									FORM CODE: CEBE VERSION: 1 12/7/2018	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

I am going to read a list of some of the ways your child may have felt or behaved. Please indicate how often your child may have felt this way. Respond by saying "Never, Rarely, Sometimes, Often, Always". Choose only one of these categories for each statement I read.

Please read the following statements to the participant and select most appropriate eating behaviour that they reported for their child.	**Never**	**Rarely**	**Some-times**	**Often**	**Always**
1. My child loves food	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. My child eats more when worried	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. My child has a big appetite	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. My child finishes her/his meal quickly	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. My child is interested in food	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. My child is always asking for a drink	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. My child refuses new foods at first	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. My child eats slowly	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. My child eats less when angry	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. My child enjoys tasting new foods	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. My child eats less when s/he is tired	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
12. My child is always asking for food	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13. My child eats more when annoyed	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. If allowed to, my child would eat too much	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
15. My child eats more when anxious	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ID NUMBER:									FORM CODE: CEBE VERSION: 1 12/7/2018	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

Please read the following statements to the participant and select most appropriate eating behaviour that they reported for their child.	**Never**	**Rarely**	**Some-times**	**Often**	**Always**
16. My child enjoys a wide variety of foods	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. My child leaves food on her/his plate at the end of a meal	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. My child takes more than 30 minutes to finish a meal	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19. Given the choice, my child would eat most of the time	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
20. My child looks forward to mealtimes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
21. My child gets full before her/his meal is finished	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
22. My child enjoys eating	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
23. My child eats more when s/he is happy	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
24. My child is difficult to please with meals	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
25. My child eats less when upset	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
26. My child gets full up easily	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
27. My child eats more when s/he has nothing else to do	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
28. Even if my child is full up s/he finds room to eat her/his favourite food	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
29. If given the chance, my child would drink continuously throughout the day	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
30. My child cannot eat a meal if s/he has had a snack just before	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
31. If given the chance, my child would always be having a drink	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
32. My child is interested in tasting food s/he hasn't tasted before	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
33. My child decides that s/he doesn't like a food, even without tasting it	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
34. If given the chance, my child would always have food in her/his mouth	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
35. My child eats more and more slowly during the course of a meal	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Feeding Habits (CFHE)

ID NUMBER:									FORM CODE: CFHE VERSION: 1, 3/25/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Now, we are going to ask some questions about your child's habits while eating.

1. If your child says s/he's hungry while you are preparing dinner, how often do you give your child a snack to keep her/him calm until dinner is ready? *(if child throws a fit wanting food when waiting while dinner is being prepared, how often is food given?)*

   Never 1 ☐ Rarely 2 ☐ Sometimes 3 ☐ Often 4 ☐ Always 5 ☐

2. Is your child allowed any choice in deciding what foods s/he has for breakfast or lunch? *(This means choice in what is being prepared)*

   No choice 0 ☐ Little choice 1 ☐ Some choice 2 ☐ A great deal of choice 3 ☐

3. Is your child allowed to choose certain favorite foods at the grocery store?

   No 0 ☐ Yes 1 ☐

4. How often is the TV on when your family is eating meals?

   Never 1 ☐ Rarely 2 ☐ Sometimes 3 ☐ Often 4 ☐ Always 5 ☐

5. Who typically provides the meals for your child on weekdays?

   You 1 ☐ Child's father 2 ☐ Grandparent 3 ☐ Other Relative 4 ☐ Caregiver 5 ☐

6. Who typically provides the meals for your child on weekends?

   You 1 ☐ Child's father 2 ☐ Grandparent 3 ☐ Other Relative 4 ☐ Caregiver 5 ☐

7. How many times does your family, including this child, eat dinner together?

   0 to 1 time a week 1 ☐ 2 to 4 times per week 2 ☐ 5 to 7 times per week 3 ☐

Select what applies	**Strongly Agree**	**Agree**	**Disagree**	**Strongly Disagree**
8. My child is constantly sampling new and different foods.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. My child doesn't trust new foods.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. My child is afraid to eat things s/he has never had before.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. If my child does not know what is in a food s/he will not try it.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Caregiver's Feeding Style Questionnaire (CFSE)

ID NUMBER:									FORM CODE: CFSE VERSION: 1, 2/25/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

These questions deal with <u>YOUR</u> interactions with your child during the dinner meal. Select the best answer that describes how often these things happen. If you are not certain, make your best guess.

How often during the dinner meal do YOU….	Never	Rarely	Some times	Most of the Time	Always
1. Physically struggle with the child to get her/him to eat (for example, physically putting the child in the chair so s/he will eat).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Promise the child something other than food if s/he eats (for example, "If you eat your beans, we can play ball after dinner").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Encourage the child to eat by arranging the food to make it more interesting (for example, making smiley faces on the pancakes).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Ask the child questions about the food during dinner.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Tell the child to eat at least a little bit of food on her/his plate.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Reason with the child to get her/him to eat (for example, "Milk is good for your health because it will make you strong").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Say something to show your disapproval of the child for not eating dinner.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Allow the child to choose the foods s/he wants to eat for dinner from foods already prepared.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Compliment the child for eating food (for example, "What a good boy! You're eating your beans").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Suggest to the child that s/he eats dinner, for example by saying, "Your dinner is getting cold".	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Say to the child "Hurry up and eat your food".	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
12. Warn the child that you will take away something **other than food** if s/he doesn't eat (for example, "If you don't finish your meat, there will be no play time after dinner").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13. Tell the child to eat something on the plate (for example, "Eat your beans").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. Warn the child that you will take a food away if the child doesn't eat (for example, "If you don't finish your vegetables, you won't get fruit").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ID NUMBER:									FORM CODE: CFSE VERSION: 1, 2/25/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

How often during the dinner meal do YOU….	**Never**	**Rarely**	**Some times**	**Most of the Time**	**Always**
15. Say something positive about the food the child is eating during dinner.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16. Spoon-feed the child to get her/him to eat dinner.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. Help the child to eat dinner (for example, cutting the food into smaller pieces).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. Encourage the child to eat something by using food as a reward (for example, “If you finish your vegetables, you will get some fruit”).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19. Beg the child to eat dinner.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Care (CHCE)

FLOR

ID NUMBER:									FORM CODE: CHCE VERSION: 1, 6/17/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Now we are going to ask some questions about who takes care of your child in ADDITION to day care, preschool or school.

1. Besides you, are there other people who have a parental role in your child's life?

   No 0 ☐ **[Go To Question 5]** Yes 1 ☐

2. Please tell me about this person.

   a. What is her/his relationship to your child?

Child's Father	1 ☐	Stepfather	2 ☐
Grandparent	3 ☐	Aunt/Uncle	4 ☐
Sibling	5 ☐	Other	6 ☐

   2a1. If other, Specify: _____

   b. Does this person take care for your child on 2 or more days per week? No 0 ☐ Yes 1 ☐

   c. Does s/he live with you (mom)? No 0 ☐ Yes 1 ☐

   d. **In the last 12 months,** how often did s/he eat family meals with you (mom) and your child?

Never	1 ☐
Once a month	2 ☐
2-4 times a month	3 ☐
2-3 times a week	4 ☐
4 or more times per week or daily	5 ☐

   e. What is the highest-grade level of school this person has finished?

Elementary/primary school (includes grades 1 – 5)	1 ☐
Middle school/junior high (includes grades 6 – 8)	2 ☐
High School/preparatory school/GED	3 ☐
Trade school/vocational school	4 ☐
University/college	5 ☐
Other	6 ☐

   2e1. If other, please specify: _____

3. Is there any other person who has a parental role in your child's life?

No 0 ☐ **[Go To Question 5]** Yes 1 ☐

4. Please tell me about this person.

a. What is her/his relationship to your child?

Child's Father	1 ☐	Step-father	2 ☐
Grandparent	3 ☐	Aunt/Uncle	4 ☐
Sibling	5 ☐	Other	6 ☐

4a1.If other, Specify _____

b. Does this person take care for your child on 2 or more days per week? No 0 ☐ Yes 1 ☐

c. Does s/he live with you (mom)? No 0 ☐ Yes 1 ☐

d. **In the last 12 months,** how often did s/he eat family meals with you (mom) and your child?

Never	1 ☐
Once a month	2 ☐
2-4 times a month	3 ☐
2-3 times a week	4 ☐
4 or more times per week or daily	5 ☐

e. What is the highest-grade level of school this person has finished?

Elementary/primary school (includes grades 1 – 5)	1 ☐
Middle school/junior high (includes grades 6 – 8)	2 ☐
High School/preparatory school/GED	3 ☐
Trade school/vocational school	4 ☐
University/college	5 ☐
Other	6 ☐

4e1. If other, please specify: _____

5. Has your child lived with anyone who has smoked regularly in the house?

No 0 ☐ Yes 1 ☐

6. Does your child currently spend time with anyone outside of your household (other family member, babysitter, etc.) who smokes regularly indoors?

No 0 ☐ Yes 1 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR – Clinic Checklist (CHKE)

Mother ID NUMBER:									FORM CODE: CHKE VERSION: 1, 7/9/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

0a. Visit Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Child ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐ [Prefill from FVIN]

0c. Mother Preferred Language: English 1 ☐ Spanish 2 ☐

0d. Child Preferred Language: English 1 ☐ Spanish 2 ☐ Both 3 ☐

1. Pre-visit screen and reminders ☐	a. Comment:	b. Staff ID: ☐☐☐
2. Special Needs: No 0 ☐ Yes 1 ☐	a. Comment:	b. Staff ID: ☐☐☐
3. Mother provided daycare or pre-/school menu from the day before visit: No 0 ☐ Yes 1 ☐	a. Comment:	b. Staff ID: ☐☐☐

Start Time [24hr Format]	a. End Time [24hr format]	b. Form/Procedure		c. Comments/Notes	d. Staff ID
4.		Mother's consent ☐ 2nd Parent's consent ☐ Child assent ☐	Contact ☐ Follow Up ☐ HIPAA ☐		☐☐☐
Administrative					
5.		Demographic Information (DEMB) ☐			☐☐☐
6.		Child Wellness Visit (CWVE) ☐			☐☐☐
7.		Child Pediatric Provider (CPPB) ☐			☐☐☐
Procedures					
8.		Saliva Swab (SSWB) ☐			☐☐☐
9.		Delayed Gratification (MATE) ☐			☐☐☐
10.		Anthropometry (ANTE) ☐			☐☐☐
11.		Whole Body DXA Scan (DXAE) ☐			☐☐☐
12.		1st 24-hr dietary recall ☐			☐☐☐
Questionnaires – About Child:					
13.		Child Health Questionnaire (CHQE/S) ☐			☐☐☐
14.		Child Hospitalizations Questionnaire (HSPE/S) ☐			☐☐☐
15.		Feeding Habits (CFHE/S) ☐			☐☐☐
16.		Eating Behavior (CEBE/S) ☐			☐☐☐
17.		Child Care (CHCE/S) ☐			☐☐☐
18.		Media Use & Sedentary Behavior (CMUE/S) ☐			☐☐☐

19.		PA & Transportation to School (PATE/S) ☐		☐☐☐
20.		Sleep Habits (CSHE/S) ☐		☐☐☐
21.		Pubertal Development Assessment (PDAB) ☐		☐☐☐
Questionnaires – Mother:				
22.		Caregiver's Feeding Style (CFSE/S) ☐		☐☐☐
23.		Reward Based Eating Drive Scale (REDE/S) ☐		☐☐☐
24.		Modified Yale Food Addiction Scale (MFAE/S) ☐		☐☐☐
25.		Well Being (Depression & Anxiety) (WBQE/S) ☐		☐☐☐
26.		Mother Acculturation Stress (MASE/S) ☐		☐☐☐

	a. Staff ID:
27. Home Food Inventory/availability (HFIE/S): ☐ 1=Complete, 2=Partial, 3=Refusal	☐☐☐
28. 2nd Dietary Recall Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ a. Type: ☐ 1=In Person, 2=By Phone	☐☐☐
29. Summary of 2nd Dietary Recall: ☐ 1=Complete, 2=Partial, 3=Refusal a. If Rescheduled, Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐☐☐
30. Summary of FLOR Visit: ☐ 1=Complete, 2=Partial, 3=Refusal, 4=Cancellation	☐☐☐
31. Comments on Visit:	☐☐☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Health Questionnaire (CHQE)

ID NUMBER:									FORM CODE: CHQE VERSION: 1, 3/26/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

The following questions are about your child's health. Think about your child's life when answering the questions and provide the best answer.

1. Since your child was born, has your child had any of the following illnesses or problems?

Has your child ever had? [*select all that apply*]	**No**	**Yes**
a. Ear infection	0 ☐	1 ☐
b. Eye infection	0 ☐	1 ☐
c. Persistent cough/ wheeze	0 ☐	1 ☐
d. Asthma	0 ☐	1 ☐
e. Pneumonia	0 ☐	1 ☐
f. Seizures or convulsions	0 ☐	1 ☐
g. Vomiting	0 ☐	1 ☐
h. Reflux	0 ☐	1 ☐
i. Diarrhea	0 ☐	1 ☐
j. Injury from bad fall or accident	0 ☐	1 ☐
k. Diabetes	0 ☐	1 ☐
l. Food allergies	0 ☐	1 ☐
l1. Specify type _____		
m. Other allergies	0 ☐	1 ☐
m1. Specify type: _____		
n. Delay in learning/ behavior	0 ☐	1 ☐
n1. Specify type: _____		
o. Physical impairment/ delay	0 ☐	1 ☐
o1. Specify type:_____		
p. Other problems	0 ☐	1 ☐
p1. Specify type:_____		

2. Have you taken your child to the Emergency Department at any time?
[*This does not include urgent care centers or evening hours at a pediatric clinic*.]
No 0 ☐ **[Go To Question 3]** Yes 1 ☐

If yes, for what reason [*select all that apply*]:	**No**	**Yes**
a. Injury/Accident	0 ☐	1 ☐
b. Diagnosis of bronchiolitis, respiratory syncytial virus (RSV), pneumonia	0 ☐	1 ☐
c. Fever as only symptom	0 ☐	1 ☐
d. General illness (e.g. diarrhea, vomiting, cold, flu)	0 ☐	1 ☐
e. Ongoing or Chronic Medical Condition (asthma, diabetes, etc.)	0 ☐	1 ☐
f. Inconsolable / Crying	0 ☐	1 ☐
g. Allergic Reaction / Adverse Reaction to Medication / Sunstroke or Heatstroke	0 ☐	1 ☐
h. Respiratory Distress/lapses in breathing	0 ☐	1 ☐
i. Other	0 ☐	1 ☐

i1. Specify:_____

3. Does your child have any kind of health care coverage, including health insurance, prepaid plans such as HMOs, or government plans such as Medicaid? No 0 ☐ Yes1 ☐

4. At any time DURING THE **PAST 12 MONTHS**, even for one month, did anyone in your family receive:

[*select all that apply*]	**No**	**Yes**
a. Cash assistance from a government welfare program?	0 ☐	1 ☐
b. Food Stamps or Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits?	0 ☐	1 ☐
c. Free or reduced-cost breakfasts or lunches at school?	0 ☐	1 ☐
d. Benefits from the Woman, Infants, and Children (WIC) Program?	0 ☐	1 ☐

5. How would you rate your child's general health?
Excellent 1 ☐ Very good 2 ☐ Good 3 ☐ Fair 4 ☐ Poor 5 ☐

6. Was your child hospitalized at any time since birth? No 0 ☐ **[END FORM]** Yes 1 ☐

7. How many times has your child been hospitalized? __ __ times

[Note: Use Child Hospitalizations Form (HSPE/S) to enter any hospitalizations with one occurrence per hospitalization]

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Media Use (CMUE)

ID NUMBER:									FORM CODE: CMUE VERSION: 1, 6/17/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

For this next set of questions, please think about your child [child's name] when answering them. Some of these questions may be about things [child's name] is too young to do. If that is the case, just answer No.

1. Which of the following items, if any, does your child have in her/his bedroom:

	No	Yes
a. A television set	0 ☐	1 ☐
b. A DVD player or VCR	0 ☐	1 ☐
c. A video game player like Xbox, PlayStation, or Wii	0 ☐	1 ☐
d. A computer	0 ☐	1 ☐
e. Internet access	0 ☐	1 ☐

2. Which of the following items does child have, if any? Her/his own:

	No	Yes
a. Educational game device like a Leapster Explorer or a V-Smile	0 ☐	1 ☐
b. Handheld video game player like a GameBoy, PSP, or Nintendo DS	0 ☐	1 ☐
c. Non-video iPod or other MP3 player	0 ☐	1 ☐
d. iTouch or other video iPod	0 ☐	1 ☐
e. Cell phone	0 ☐	1 ☐
f. iPad or similar tablet device	0 ☐	1 ☐
g. Kindle, Nook or other e-reader	0 ☐	1 ☐

3. We're interested in whether your child has ever used a cell phone, iPod, iPad, or similar device to do any of the following activities. Please indicate any of the activities your child has ever done:

	No	Yes
a. Watch videos on a phone, iPod, or iPad	0 ☐	1 ☐
b. Watch TV shows or movies on a phone, iPod, or iPad	0 ☐	1 ☐
c. Play games on a phone, iPod, or iPad	0 ☐	1 ☐
d. Use apps on a phone, iPod, or iPad	0 ☐	1 ☐
e. Read books on a phone, iPod, or iPad	0 ☐	1 ☐

We are interested in how often your child does these activities, or whether s/he has never done these activities. Also, at what age they first did the activity.

4. How often does your child: Read by herself/himself

   Several times a day 1 ☐
   Once a day 2 ☐
   Several times a week 3 ☐
   Once a week 4 ☐
   Less often than once a week 5 ☐
   Has never done this 6 ☐ **[Go To Question 5]**

   a. How old was your child when s/he first read *(able to read a full sentence)*: ___ ___ years
      ___ ___ months

5. How often does your child: Be read to

   Several times a day 1 ☐
   Once a day 2 ☐
   Several times a week 3 ☐
   Once a week 4 ☐
   Less often than once a week 5 ☐
   Has never done this 6 ☐ **[Go To Question 6]**

   a. How old was your child when s/he first was read to: ___ ___ years ___ ___ months

6. How often does your child: Watch DVDs or videotapes

   Several times a day 1 ☐
   Once a day 2 ☐
   Several times a week 3 ☐
   Once a week 4 ☐
   Less often than once a week 5 ☐
   Has never done this 6 ☐ **[Go To Question 7]**

   a. How old was your child when she/he first watched DVDs or videotapes: ___ ___ years
      ___ ___ months

7. How often does your child: Watch TV

   Several times a day 1 ☐
   Once a day 2 ☐
   Several times a week 3 ☐
   Once a week 4 ☐
   Less often than once a week 5 ☐
   Has never done this 6 ☐ **[Go To Question 8]**

   a. How old was your child when she/he first watched TV: ___ ___ years ___ ___ months

8. How often does your child: Use the computer

Several times a day	1	☐
Once a day	2	☐
Several times a week	3	☐
Once a week	4	☐
Less often than once a week	5	☐
Has never done this	6	☐ **[Go To Question 9]**

a. How old was your child when she/he first used a computer: ___ ___ years

___ ___ months

9. How often does your child: Read books on a Kindle, Nook, or similar e-reader

Several times a day	1	☐
Once a day	2	☐
Several times a week	3	☐
Once a week	4	☐
Less often than once a week	5	☐
Has never done this	6	☐ **[Go To Question 10]**

a. How old was your child when she/he first read books on a Kindle, Nook, or similar e-reader:

___ ___ years ___ ___ months

10. How often does your child: Play video games on a console player like an X-Box, PlayStation, or Wii

Several times a day	1	☐
Once a day	2	☐
Several times a week	3	☐
Once a week	4	☐
Less often than once a week	5	☐
Has never done this	6	☐ **[Go To Question 11]**

a. How old was your child when she/he first played video games on a console player like an X-Box, PlayStation, or Wii: ___ ___ years ___ ___ months

11. How often does your child: Play games, use apps, or watch videos on a cell phone, iPod, iPad, or handheld gaming device

Several times a day	1	☐
Once a day	2	☐
Several times a week	3	☐
Once a week	4	☐
Less often than once a week	5	☐
Has never done this	6	☐ **[Go To Question 12]**

a. How old was your child when she/he first played games, use apps, or watched videos on a cell phone, iPod, iPad, or handheld gaming device: ___ ___ years ___ ___ months

12. We're interested in how much time your child spent doing various activities **YESTERDAY**. Some of these may be things your child is too young to do. If that is the case, just answer No. **[If 60 minutes or more, record in hours and minutes.]**

Thinking just about YESTERDAY, about how much TIME, if any, did your child spend…	**Time**	**Hrs/Minutes**
	No Yes	
a. Watching TV on a TV set (do NOT include time spent watching videos or DVDs)	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
b. Watching DVDs or videotapes	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
c. Listening to music	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
d. Reading	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
e. Being read to	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
f. Playing games on a console video game player like an Xbox, PlayStation, or Wii	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
g. Playing games on a computer (laptop or desktop)	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
h. Playing games on a handheld game player like a GameBoy, PSP, or Nintendo DS	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
i. Playing games on a cell phone, iPod, or iPad	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
j. Watching videos or TV shows on a computer (NOT on a DVD player)	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
k. Using educational software on a computer (not games)	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
l. Doing homework on a computer	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
m. Watching videos or TV shows on a handheld device like a cell phone, iPod, or iPad	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
n. Doing anything else on a computer (photos, graphics, social networking, other activities)	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min
o. Using other types of apps on a cell phone, iPod, or iPad	0☐ 1☐	☐ Hrs. ☐ Min

13. How often, if ever, do you do any of the following:	Often	Sometimes	Hardly ever	Never
a. Let your child play with [his/her] GameBoy, PSP, or Nintendo DS when you are out running errands together	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. Give your child your cell phone, iPod, or iPad to play with when you are out running errands together	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. Give your child headphones and a video to watch when [HE/SHE] has to go with you to a meeting, class, or other activity	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. Use media to keep your child occupied while you do chores around the house	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
e. Use media to keep YOURSELF occupied while you're out playing with your child (for example, use a cell phone, iPod, or iPad while you're at the park or playground)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
f. Record TV shows for your child to watch on TV later	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
g. Buy TV shows online for your child	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
h. Put DVDs on in the car when you go somewhere with your child	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Pediatric Provider (CPPB)

ID NUMBER:									FORM CODE: CPPB VERSION: 1, 6/14/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #		

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

0c. Child ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐ **[Prefill from FVIN]**

Instructions: Complete this form using the child records provided by the mother. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

[This is a multiple occurrence form. Enter contact information for each child pediatric provider as a separate occurrence.]

A. Child Pediatric Information

Please provide the best possible answer *(Provea la mejor respuesta posible):*

1. Where do you currently take your child for pediatric care?
   ¿A qué lugar lleva actualmente a su hija/o para su cuidado pediátrico?

   a. Name of Pediatrician/Healthcare Provider
   Nombre del pediatra u otro proveedor de la salud:_____

   b. Name of Pediatrician's Clinic or office
   Nombre de la clínica u oficina pediátrica:_____

   c. Address of Pediatrician/Healthcare Clinic or office
   Dirección de la clínica u oficina pediátrico:_____

   d. Phone number of Healthcare Clinic or office
   Número de teléfono de la clínica u oficina pediátrico: _____

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child's Sleep Habits (CSHE)

ID NUMBER:									FORM CODE: CSHE VERSION: 1, 3/26/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

*The following statements are about your child's sleep habits and possible difficulties with sleep. Think about the **past week** in your child's life when answering the questions. If **last week** was unusual for a specific reason (such as your child had an ear infection and did not sleep well or the TV set was broken) choose the most recent typical week.*

Answers: ***Always*** *if something occurs every night*
Usually *if it occurs 5 or 6 times a week*
Sometimes *if it occurs 2 to 4 times a week*
Rarely *if it occurs once a week*
Never *if it does not occur*

A. BEDTIME

1. What is your child's usual bedtime on **weeknights**: __ __ : __ __ (HH:MM 24hr format)

2. What is your child's usual bedtime on **weekends**: __ __ : __ __ (HH:MM 24hr format)

During the past week (last normal week)	**Always** (every night)	**Usually** (5-6 times/wk)	**Sometimes** (2-4 times/wk)	**Rarely** (1 time/wk)	**Never** (0 times/wk)
3. Child goes to bed at the same time at night.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Child falls asleep within 20 minutes after going to bed.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Child falls asleep alone in own bed.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Child falls asleep in parent's or sibling's bed.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Child falls asleep with rocking or rhythmic movements.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Child needs special object to fall asleep (doll, special blanket, stuffed animal, etc.).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Child needs parent in the room to fall asleep.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Child resists going to bed at bedtime.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Child is afraid of sleeping in the dark.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

B. SLEEP BEHAVIOR

12. What is your child's usual amount of sleep each day (combining nighttime sleep and naps):

___ ___ hours ___ ___ minutes

During the past week (last normal week)	Always (every night)	Usually (5-6 times/wk)	Sometimes (2-4 times/wk)	Rarely (1 time/wk)	Never (0 times/wk)
13. Child sleeps about the same amount each day.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. Child is restless and moves a lot during sleep.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
15. Child moves to someone else's bed during the night (parent, sibling, etc.).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16. Child grinds teeth during sleep (your dentist may have told you this).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. Child snores loudly.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. Child awakens during the night and is sweating, screaming, and inconsolable.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19. Child naps during the day. **[If=5 Go To Question 20]**	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

a. What is the number of hours and minutes the nap usually lasts: ___ ___ hours ___ ___ minutes

C. WAKING DURING THE NIGHT

During the past week (last normal week)	Always (every night)	Usually (5-6 times/wk)	Sometimes (2-4 times/wk)	Rarely (1 time/wk)	Never (0 times/wk)
20. Child wakes up once during the night.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
21. Child wakes up more than once during the night.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

D. MORNING WAKE UP

22. What is the time your child usually wakes up in the morning on Weekdays: __ __ : __ __ (HH:MM 24hr format) :

23. What is the time your child usually wakes up in the morning on Weekends: __ __ : __ __ (HH:MM 24hr format) :

During the past week (last normal week)	Always (every night)	Usually (5-6 times/wk)	Sometimes (2-4 times/wk)	Rarely (1 time/wk)	Never (0 times/wk)
24. Child wakes up by him/herself.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
25. Child wakes up very early in the morning (or, earlier than necessary or desired).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
26. Child seems tired during the daytime.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
27. Child falls asleep while involved in activities.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Wellness Visits (CWVE)

ID NUMBER:									FORM CODE: CWVE VERSION: 1, 6/28/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

0c. Child ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐ **[Prefill from FVIN]**

Instructions: Complete this form using the child records provided by the mother. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

[This is a multiple occurrence form. Enter each child wellness visit reported received on the Demographics Information Form (DEMB) as a separate occurrence.]

Wellness Visit Information:

1. Date ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
2. Age ____years ____months (at time of wellness visit)
3. Height unit of measure: 1☐ centimeters **[Go to Q3a]**
   2☐ feet/inches **[Go to Q3b]**
   a. ☐☐☐.☐ centimeters
   b. ☐ feet b1. ☐☐.☐ inches
4. Weight unit of measure: 1☐ kilograms **[Go to Q4a]**
   2☐ pounds/ounces **[Go to Q4b]**
   a. ☐☐.☐ kilograms
   b. ☐☐☐.☐ pounds b1. ☐☐ ounces

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Demographic Information (DEMB)

ID NUMBER:									FORM CODE: DEMB VERSION: 1, 6/25/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

Please let us confirm your child's information in our records. *Déjeme confirmar la información de su niña/o.*

A. Child Demographics [Gender and Date of Birth are prefilled in CDART and only to be confirmed; ONLY if a change is needed then update]

1. Your Child's Gender [Género] is?: Male/ Niño1 ☐ Female/Niña 2 ☐
   ¿Tiene usted una niña o un niño?

2. Your Child's Date of Birth ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
   ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su niña/o? Month Day Year

3. Your Child's Social Security Number: ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐
   ¿Cuál es el número del seguro social de su niña/o?

4. To be sure we have the right information, under what name is your child's medical record listed?
   Para asegurarnos de que tenemos la información correcta, ¿bajo qué nombre está el expediente médico de su niña/o?

   a. First Name/*Primer nombre:* _____

   b. Second Name/*Segundo nombre:* _____

   c. Paternal Last Name/*Apellido paterno:* _____

   d. Maternal Last Name/*Apellido materno:* _____

B. About the Child's Father

Now we would like to know something about the father of the child. *Ahora nos gustaría saber algo sobre el padre del niño.*

5. Is the father of the child a HCHS/SOL participant? No 0 ☐ **[Go To Question 6]** Yes 1 ☐
   ¿El padre del niño es participante de HCHS/SOL?

   a. Father HCHS/SOL ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐

6. Do you know the child's father's approximate weight? No 0 ☐ **[Go To Question 7]** Yes 1 ☐
¿Sabe usted el peso aproximado del padre del niño?

a. Father's weight ☐☐☐.☐☐ b. Weight unit: Lb 1 ☐ Kg 2 ☐

C. About the Child's Mother

Now we would like to know something about you*. Ahora nos gustaría saber algo sobre usted.*

7. Counting the income of all the members of your **family**, was your total **family** income for the year… (Include all money received from all sources):

*Incluyendo los ingresos de todos los miembros de su **hogar**, ¿cuáles fueron los ingresos de su **hogar** durante el año… (Incluya todo el dinero recibido de todas las fuentes de ingresos):*

Less than/*Menos de* $30,000 1 ☐
More than/*Más de* $30,000 2 ☐ **[Go To Question 9]**

8. Is that income… (*Es ese ingreso…)*

Less than/*Menos de* $10,000 1 ☐
$10,001-$15,000 2 ☐
$15,001-$20,000 3 ☐
$20,001-$25,000 4 ☐
$25,001-$29,999 5 ☐

9. Is that income… (*Es ese ingreso…)*

$30,000-$40,000 1 ☐
$40,001-$50,000 2 ☐
$50,001-$75,000 3 ☐
$75,001-$100,000 4 ☐
More than/*Más de* $100,000 5 ☐

10. How many people in your family, including yourself, were supported by this income during the year?
¿Cuántas personas, incluyéndose a usted, fueron mantenidas por este ingreso durante el año?

☐☐ Number of people/*Número de personas*

11. Marital Status/*Estado civil*:*(Mark only one)*

Single/*Soltera* 1 ☐
Married/*Casada* 2 ☐
Separated/*Separada* 3 ☐
Divorced/*Divorciada* 4 ☐
Widow/*Viuda* 5 ☐
Living with a partner/*Vive con su pareja* 6 ☐

12. Are you a…? / *¿Es usted …?* No Yes

a. Homemaker (i.e. care for family home)
Ama de casa (es decir, cuida el hogar familiar) 0 ☐ 1 ☐
b. Student / *Estudiante* 0 ☐ 1 ☐

13. Please indicate your current employment status. *Por favor, indique su situación laboral actual.* (*Mark only one*)

Employed full time (30 or more hours/week in one job or more than one job*)* *Empleada de tiempo completo (30 horas o más por semana en un empleo o más de un empleo)*	1 ☐
Employed part time (less than 30 hours/week) *Empleada de tiempo parcial (menos de 30 horas por semana)*	2 ☐ **[Go To Question 15]**
Retired / *Jubilada*	3 ☐ **[Go To Question 17]**
Not currently employed (not retired) *No está trabajando en la actualidad (pero no está jubilada)*	4 ☐ **[Go To Question 17]**

14. When you were working **during the past 12 months**, in an average month, how many full-time jobs (30 or more hours/week) did you have?

***En los últimos 12 meses**, durante un mes de trabajo normal, ¿cuántos empleos tuvo en los que trabajó de tiempo completo (30 horas a la semana como mínimo)?*

☐☐ Number of full-time job(s)

14a. On average, how many hours per week did you work in those full-time jobs?

En general, ¿cuántas horas trabajó a la semana en esos empleos a tiempo completo?

☐☐ Total average hours per week in full-time job(s)

15. When you were working **during the past 12 months**, in an average month, how many part-time jobs (less than 30 hours/week) did you have?

***En los últimos 12 meses**, durante un mes de trabajo normal, ¿cuántos empleos tuvo en los que trabajó de tiempo parcial (menos de 30 horas a la semana)?*

☐☐ Number of part-time job(s)

15a. On average, how many hours per week did you work in those part-time jobs?
En general, ¿cuántas horas trabajó a la semana en esos empleos a tiempo parcial?

☐☐ Total average hours per week in part-time job(s)

16. Which of the following best describes your <u>usual</u> work schedule?

¿Cuál de los siguientes turnos describe mejor su horario <u>normal</u> de trabajo? (Mark only one)

Day shift / *Turno de la mañana*	1 ☐
Afternoon shift /*Turno de la tarde*	2 ☐
Night shift /*Turno de la noche*	3 ☐
Split shift /*Turno dividido en dos*	4 ☐
Irregular shift/on-call / *Turno irregular, estar disponible cuando se le necesite*	5 ☐
Rotating shift / *Turnos rotativos*	6 ☐

D. Child Wellness Visit Records

17. Did you bring your child's weight and height records?

¿Trajo la información del peso y estatura de su niña/o?

No 0 ☐ **[END]**

Yes 1 ☐ **[Complete 1 occurrence of Child Wellness Visits Form (CWVE) to record information for each wellness visit (date, height, and weight)]**

HCHS/SOL FLOR- Family Lifestyle Outcomes Research

Bone Mineral Density Testing DXA Form

ID NUMBER:									FORM CODE: DXAE VERSION: 1, 6/14/2019	Contact Occasion	01		Occurrence	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

0c. Child ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐ **[Prefill from FVIN]**

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Field Status to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

Section A. PREFILLED from CDART

1. Clinic Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
2. Weight: ☐☐☐.☐ lb
3. Standing height: ☐☐☐.☐ in
4. Date of Birth (DOB): ☐☐/ 01 /☐☐☐☐
5. Gender: ☐ (Male= 1, Female= 2)

Section B. ENTERED by SOL FLOR staff

6. DXA technician STAFF Number: ☐☐☐
7. **Is DXA measurement the same day as the clinic date?** No 0 ☐ Yes 1 ☐ **[Go To Question 8]**

   7a. Date of DXA scan: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (mm/dd/yyyy)

   7b. Weight (lb): ☐☐☐.☐ lb

8. When was the last meal eaten? ☐☐:☐☐ (HH:MM 24hr format)
9. Time when procedure is performed: ☐☐:☐☐ (HH:MM 24hr format)
10. Did the child use the bathroom before the scan? No 0 ☐ Yes 1☐
11. Other positioning aids? No 0 ☐ Yes 1 ☐ **[Go to Q11a]**

    11a. Specify: _____

12. Child moved during scan? No 0 ☐ Yes 1 ☐ **[Go to Q12a]**

    12a. Specify: _____

Section C. Measurements [will be entered at the clinic from the printout]

13. DXA machine type: Hologic 1 ☐ GE 2 ☐

13a. Total BMC (g): ☐☐☐☐☐.☐☐ g

13b. Total Fat Mass (g): ☐☐☐☐☐.☐ g **["Total fat" on GE]**

13c. Total Lean Mass (g): ☐☐☐☐☐.☐ g **["Total lean" on GE]**

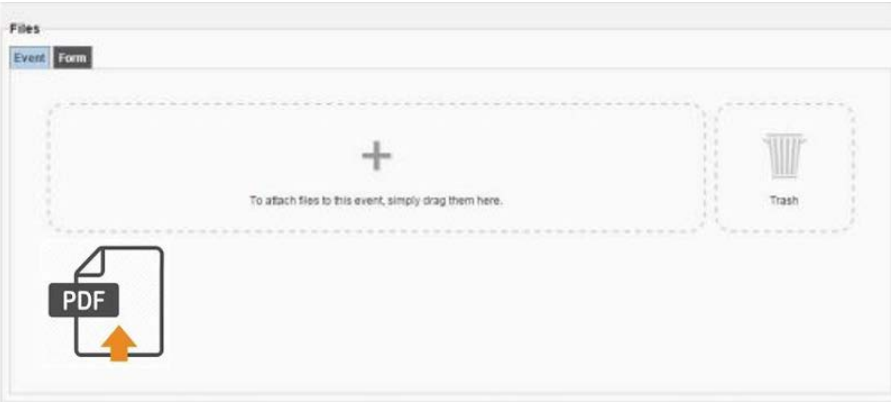
13d. Total Mass (g): ☐☐☐☐☐.☐ g **[Hologic, if Q13=1]**

13e. Total Mass (kg): ☐☐.☐ kg **[GE, if Q13=2]**

13f. Total % Fat: ☐☐.☐ % **["Region % fat" on GE]**

13g. Android Fat Mass (g): ☐☐☐☐☐.☐ g **["Android fat" on GE]**

ATTACH DXA printout (SUBJECTID.pdf by dragging file into box)



HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Individual Eligibility (ELEB)

FLOR

ID NUMBER:									FORM CODE: ELEB VERSION: 2, 6/7/2021	Contact Occasion	0	2	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date (mm/dd/yyyy): ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

0c. Language Administered: 1=English ☐ 2=Spanish ☐

Instructions: Use corresponding QxQ for instructions on completing this form. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

A. Eligibility Screening Status for First-Born Child and Interest in Participation

1. Are you the legal guardian of this child?
   ¿Es usted la tutora legal de este niño/a?
   No 0 ☐ → **Stop, Ineligible**
   Yes 1 ☐

2. Does your child live in your household at least 5 days/week?
   ¿Vive su niño/a en su casa por lo menos 5 días a la semana?
   No 0 ☐ → **Stop, Ineligible**
   Yes 1 ☐

3. Does your child have any mental developmental or physical disabilities, for example, mental retardation?
   ¿Tiene su niño/a alguna discapacidad en su desarrollo, por ejemplo, retraso mental?
   No 0 ☐
   Yes 1 ☐ → **Stop, Ineligible**

4. Mom/Child Participation Status:
   - Unable to contact 1 ☐ **[END]**
   - Refused screening 2 ☐ **[END]**
   - Completed screen, Ineligible 3 ☐ **[END]**
   - Eligible but refuses to participate 4 ☐ **[END]**
   - Eligible and agrees to participate 5 ☐

B. Father/second parent availability **[2021: Skip Section B, Go to Question 7]**

5. Is the child's father/second parent currently living with you?
   ¿Vive con usted el padre/padre secundario del niño/a?
   No 0 ☐
   Yes 1 ☐

6. Can we contact the father/second parent to request consent?
   ¿Podemos contactar al padre/padre secundario para solicitar el consentimiento?
   No 0 ☐
   Yes 1 ☐ **[Go to Question 7]**

6a. Determine reason why child's father/second parent is unavailable to give parental consent, determine the reason (per SOL FLOR MOP) and enter it below:

Parent is deceased	1 ☐
Incompetent	2 ☐
Whereabouts are unknown	3 ☐
Only mother has legal responsibility for the care and custody of the child	4 ☐
Not reasonably available	5 ☐

C. Scheduling Appointment

7. Is your child able to stand and walk without the use of a **temporary** assisted movement devices (ex. crutches, wheelchair)? *En este momento, ¿puede su niño/a pararse y caminar sin la ayuda de algún aparato temporal (por ejemplo, muletas, silla de ruedas)?*

No 0 ☐ → **Recontact after injury recovery**
Yes 1 ☐

8. Does your child currently have any mouth injuries?
En este momento, ¿tiene su niño/a alguna lesión en la boca?

No 0 ☐
Yes 1 ☐ → **Recontact after injury recovery**

9. Appointment Date (mm/dd/yyyy): ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

10. Appointment Time: ☐☐:☐☐ (24hr format)

D. Safety Questions

11. Does your child have either a heart pacemaker or defibrillator or any other internal electronic device inserted in the body that your child cannot remove?
¿Su niño/a tiene un marcapasos o desfibrilador u cualquier otro dispositivo electrónico interno implantado en el cuerpo que su niño/a no pueda quitarse?

No 0 ☐
Yes 1 ☐ → **USE WEIGHT ONLY SETTING FOR TANITA SCALE**

12. Does your child have a prosthetic limb or a non-removable cast that your child cannot remove or that your child may not be comfortable removing?
¿Su niño tiene alguna extremidad prostética o un yeso no removible que su niño/a no pueda quitarse o no se sienta cómodo removiendo?

No 0 ☐
Yes 1 ☐ → **USE WEIGHT ONLY SETTING FOR TANITA SCALE**

HCHS/SOL FLOR Eligibility Safety Questions (ESQB)

FLOR

ID NUMBER:									FORM CODE: ESQB VERSION: 1, 6/22/2021	Contact Occasion	0	2	Occurrence	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b.Staff ID: ☐☐☐

0c. Language Administered: 1=English ☐ 2=Spanish ☐

Instructions: *Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

A. Safety Questions

1. Does your child have either a heart pacemaker or defibrillator or any other internal electronic device inserted in the body that your child cannot remove?

   ¿Su niño/a tiene un marcapasos o desfibrilador u cualquier otro dispositivo electrónico interno implantado en el cuerpo que su niño/a no pueda quitarse?

   No 0 ☐
   Yes 1 ☐ → **USE WEIGHT ONLY SETTING FOR TANITA SCALE**

2. Does your child have a prosthetic limb or a non-removable cast that your child cannot remove or that your child may not be comfortable removing?

   ¿Su niño tiene alguna extremidad prostética o un yeso no removible que su niño/a no pueda quitarse o no se sienta cómodo removiendo?

   No 0 ☐
   Yes 1 ☐ → **USE WEIGHT ONLY SETTING FOR TANITA SCALE**

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Home Food Inventory Questionnaire (HFIE)

ID NUMBER:									FORM CODE: HFIE VERSION:1, 2/1/2022	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Home Food Inventory

Look in areas in your home where your household stores food, including the refrigerator, freezer, pantries, cupboards, and other storage areas (list follows in that order). Please check "yes" or "no" to each of the food product/item/category below.
Check "yes" to a food product/item/category if it is present anywhere in your home (opened or unopened) as you are completing this form. Check "no" to a food product/item/category if it is not present anywhere in your home as you are completing this form.

Lower fat products will be labeled as "reduced-fat", "low-fat", "light", "nonfat" or "skim" on product and can be interchangeable.

1. Do you have **Cheese** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 2]** Yes 1 ☐

If Yes, specify type you have at home	**No**	**Yes**
a. Shredded or block regular cheese (example: American, cheddar)	0 ☐	1 ☐
b. Sliced regular cheese (example: American, cheddar)	0 ☐	1☐
c. Shredded or block of reduced-fat cheese (example: low fat cheddar)	0☐	1 ☐
d. Sliced reduced-fat cheese (example: low fat cheddar, low fat swiss)	0☐	1 ☐
e. String cheese	0☐	1 ☐
f. Mozzarella cheese	0☐	1 ☐
g. Regular ricotta or cottage cheese (minimum of 4% fat)	0☐	1 ☐
h. Reduced–fat ricotta or cottage cheese (2% or low fat on label)	0☐	1 ☐
i. Regular cream cheese	0☐	1 ☐
j. Reduced-fat cream cheese or neufchatel	0☐	1 ☐
k. Cheez Whiz, Velveeta, canned cheese or other similar cheese	0☐	1 ☐

2. Do you have **Milk/Dairy** in your home (see the "other beverage" section for non-dairy beverages)
No 0 ☐ **[Go To Question 3]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	**No**	**Yes**
a. Skim milk	0 ☐	1 ☐
b. 1% or 2% low fat milk	0 ☐	1 ☐
c. Whole milk	0 ☐	1 ☐
d. Half and half, whipping cream or heavy cream	0 ☐	1 ☐
e. Sour cream or sour cream/cheese dips	0 ☐	1 ☐
f. Reduced-fat sour cream or low fat sour cream/cheese dips	0 ☐	1 ☐
g. Chocolate or flavored milk	0 ☐	1 ☐
h. Reduced-fat yogurt (with or without fruit)	0 ☐	1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
i. Regular yogurt (made from whole milk, with or without fruit)	0 ☐	1 ☐
j. Reduced-fat yogurt drinks	0 ☐	1 ☐

3. Do you have **Butter**, **Margarine**, and **Oils** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 4]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Regular butter	0 ☐	1 ☐
b. Light butter	0 ☐	1 ☐
c. Regular margarine or butter substitute	0 ☐	1 ☐
d. Light margarine or butter substitute	0 ☐	1 ☐
e. Olive oil	0 ☐	1 ☐
f. Vegetable oil (example: canola oil, corn oil)	0 ☐	1 ☐
g. Seed oil (example: sunflower oil, sesame oil)	0 ☐	1 ☐
h. Lard or shortening	0 ☐	1 ☐

4. Do you have **Salad Dressing** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 5]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Regular dressing (e.g., blue cheese dressing, Caesar, ranch)	0 ☐	1 ☐
b. Light/reduced fat dressing (example: light blue cheese, light Italian)	0 ☐	1 ☐

5. Do you have **Condiments** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 7]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Regular mayonnaise	0 ☐	1 ☐
b. Light/reduced fat mayonnaise	0 ☐	1 ☐
c. Miracle Whip or other sandwich spread	0 ☐	1 ☐
d. Mustard	0 ☐	1 ☐
e. Ketchup	0 ☐	1 ☐

6. How many other types of **condiments** (e.g., BBQ sauce, horseradish sauce, tartar sauce, steak sauce) do you estimate you have in your home? *(mark only one response)*

None = 0 ☐ 1 to 5 = 1 ☐ 6 to 10 =2 ☐ MORE than 10 = 3 ☐

7. Do you have **Vegetables** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 8]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Asparagus	0 ☐	1 ☐
b. Beets	0 ☐	1 ☐
c. Bell peppers (e.g. green, red)	0 ☐	1 ☐
d. Broccoli	0 ☐	1 ☐
e. Cabbage	0 ☐	1 ☐
f. Cauliflower	0 ☐	1 ☐
g. Carrots	0 ☐	1 ☐
h. Celery	0 ☐	1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
i. Corn	0 ☐	1 ☐
j. Cucumbers	0 ☐	1 ☐
k. Green beans	0 ☐	1 ☐
l. Lettuce (example: romaine, endive)	0 ☐	1 ☐
m. Mushrooms	0 ☐	1 ☐
n. Peas	0 ☐	1 ☐
o. Potatoes	0 ☐	1 ☐
p. Spinach/other greens (collard)	0 ☐	1 ☐
q. Squash (example: butternut, zucchini)	0 ☐	1 ☐
r. Sweet Potatoes	0 ☐	1 ☐
s. Tomatoes	0 ☐	1 ☐
t. Mixed vegetables	0 ☐	1 ☐
u. Pumpkin	0 ☐	1 ☐
v. Plantains	0 ☐	0 ☐

8. Do you have **Fruit** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 9]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Apples	0 ☐	1 ☐
b. Apple sauce	0 ☐	1 ☐
c. Apricots	0 ☐	1 ☐
d. Avocado	0 ☐	1 ☐
e. Bananas	0 ☐	1 ☐
f. Blueberries	0 ☐	1 ☐
g. Cranberries	0 ☐	1 ☐
h. Grapes (red or green)	0 ☐	1 ☐
i. Grapefruit	0 ☐	1 ☐
j. Tangerines/clementines	0 ☐	1 ☐
k. Strawberries	0 ☐	1 ☐
l. Papaya	0 ☐	1 ☐
m. Oranges	0 ☐	1 ☐

9. Do you have **Deli, Luncheon, Sandwich Meat and Sausage** in your home?

No 0 ☐ **[Go To Question 10]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Sliced turkey or chicken deli meat	0 ☐	1 ☐
b. Sliced ham, roast beef	0 ☐	1 ☐
c. Bologna	0 ☐	1 ☐
d. Salami, summer sausage, pepperoni	0 ☐	1 ☐
e. Bacon, breakfast sausage	0 ☐	1 ☐

10. Do you have **Meats and Other Protein (Fresh, frozen, canned or jar)** in your home?

No 0 ☐ **[Go To Question 11]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Chicken/turkey (example: burgers, breasts, whole)	0 ☐	1 ☐
b. Beef, pork, lamb (example: burgers, steaks, roasts, chops)	0 ☐	1 ☐
c. Tofu, seitan, tempe, textured vegetable protein (TVP)	0 ☐	1 ☐
d. Veggie burgers	0 ☐	1 ☐
e. Fish (e.g., canned, packet, fresh or frozen tuna, salmon, cod)	0 ☐	1 ☐
f. Shellfish (example: shrimp, scallops, crab)	0 ☐	1 ☐
g. Lentils	0 ☐	1 ☐
h. Beans (example: black beans, pinto beans, kidney beans)	0 ☐	1 ☐
i. Peanut butter or other nut butter	0 ☐	1 ☐
j. Eggs	0 ☐	1 ☐

11. Do you have **Frozen Desserts (Ice cream/yogurt type only)** in your home?

No 0 ☐ **[Go To Question 12]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Regular ice cream (any flavor)	0 ☐	1 ☐
b. Reduced-fat ice cream (any flavor)	0 ☐	1 ☐
c. Frozen yogurt (any flavor)	0 ☐	1 ☐
d. Frozen treats made with ice cream or pudding	0 ☐	1 ☐
e. Frozen treats made with ice milk, frozen yogurt, sherbet, sorbet	0 ☐	1 ☐
f. Frozen fruit juice bars	0 ☐	1 ☐
g. Frozen soy or rice desserts	0 ☐	1 ☐

12. Do you have **Microwavable or Quick-Cook Frozen Foods** in your home?

No 0 ☐ **[Go To Question 13]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Pizza (any variety)	0 ☐	1 ☐
b. Hot Pockets (any flavor)	0 ☐	1 ☐
c. Pizza rolls or bagel snacks (any flavor)	0 ☐	1 ☐
d. Burritos or other Mexican snacks	0 ☐	1 ☐
e. Chicken nuggets	0 ☐	1 ☐
f. French fries or tater tots	0 ☐	1 ☐
g. Egg rolls	0 ☐	1 ☐
h. Ramen noodles	0 ☐	1 ☐

13. Do you have **Bread** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 14]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Wheat bread or rolls	0 ☐	1 ☐
b. White bread/rolls (example: baguette)	0 ☐	1 ☐

c. English muffins (wheat) 0 ☐ 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have

d. English muffins (white) 0 ☐ 1 ☐
e. Bagels (wheat) 0 ☐ 1 ☐
f. Bagels (white, any flavor) 0 ☐ 1 ☐
g. Tortillas (wheat, sprout) 0 ☐ 1 ☐
h. Tortillas (flour, any flavors) 0 ☐ 1 ☐
i. Tortillas (corn) 0 ☐ 1 ☐
j. Pita bread (wheat, sprout) 0 ☐ 1 ☐
k. Pita bread (white, any flavor) 0 ☐ 1 ☐
l. Croissants 0 ☐ 1 ☐

14. Do you have **Prepared Desserts *(do not count boxed mixes that are not prepared)*** in your home?

No 0 ☐ **[Go To Question 15]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	**No**	**Yes**
a. Regular cookies (any flavor/variety)	0 ☐	1 ☐
b. Reduced-fat cookies (any flavor/variety)	0 ☐	1 ☐
c. Regular cake/cupcakes (any flavor)	0 ☐	1 ☐
d. Reduced-fat cake/cupcakes (any flavor)	0 ☐	1 ☐
e. Regular muffins (any flavor/variety)	0 ☐	1 ☐
f. Brownies/bars (any variety)	0 ☐	1 ☐
g. Other snack cakes (any variety)	0 ☐	1 ☐
h. Pastry, sweet rolls, donuts	0 ☐	1 ☐

15. Do you have **Chips, Crackers and Other Snack Foods** in your home?

No 0 ☐ **[Go To Question 17]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	**No**	**Yes**
a. Whole grain snack crackers (labeled “whole grain” or “whole wheat”, example: Triscuit)	0 ☐	1 ☐
b. Regular snack crackers (example: Saltines, Wheat Thins, soda crackers)	0 ☐	1 ☐
c. Reduced-fat snack crackers (example: Reduced fat Wheat Thins)	0 ☐	1 ☐
d. Regular potato chips	0 ☐	1 ☐
e. Reduced-fat potato chips (example: Baked Lays)	0 ☐	1 ☐
f. Corn chips (example: Fritos)	0 ☐	1 ☐
g. Tortilla chips	0 ☐	1 ☐
h. Reduced-fat tortilla chips (example: baked tortilla chips)	0 ☐	1 ☐
i. Cheese curls or puffs	0 ☐	1 ☐
j. Reduced-fat cheese curls or puffs (example: baked Cheetos)	0 ☐	1 ☐
k. Regular bagel chips	0 ☐	1 ☐
l. Reduced-fat bagel chips	0 ☐	1 ☐
m. Graham crackers	0 ☐	1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
n. Pretzels, any shape	0 ☐	1 ☐
o. Popcorn (microwave bags or bags of prepared popcorn)	0 ☐	1 ☐
p. Peanuts, cashews or other nuts	0 ☐	1 ☐
q. Regular granola bars, sports bars	0 ☐	1 ☐
r. Reduced-fat granola bars, sports bars	0 ☐	1 ☐

16. Are any of the **chips, crackers or other snacks** checked above in prepackaged snack size or single size portions *(do not count granola, sports bars, meal supplement bars)*? No 0 ☐ Yes 1 ☐

17. Do you have **Dry Breakfast Cereal** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 21]** Yes 1 ☐

18. How many **ready-to-eat cereals** do you have that are labeled "whole grain", "whole wheat" or have **at least 3 grams of fiber** per serving? *(Check one response)*

None 0 ☐ One 1 ☐ Two or three 2 ☐ Four or more 3 ☐

19. How many ready-to-eat cereals indicate on the nutrition label that they have **less than 6 grams of sugar per serving**? *(Check one response)*

None 0 ☐ One 1 ☐ Two or three 2 ☐ Four or more 3 ☐

20. How many ready-to-eat cereals indicate on the nutrition label that they have **6 or more grams of sugar** per serving? *(Check one response)*

None 0 ☐ One 1 ☐ Two or three 2 ☐ Four or more 3 ☐

21. Do you have **Beverages *(do not include alcoholic beverages)*** in your home?

No 0 ☐ **[Go To Question 22]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Regular soda pop (any variety, flavor)	0 ☐	1 ☐
b. Diet soda pop (any variety, flavor)	0 ☐	1 ☐
c. Prepared iced teas or lemonade (e.g., Snapple)	0 ☐	1 ☐
d. Prepared light iced teas or lemonade (example: diet Snapple)	0 ☐	1 ☐
e. Sports drinks (example: Gatorade)	0 ☐	1 ☐
f. 100% fruit juice (labeled as 100% juice)	0 ☐	1 ☐
g. Fruit drinks (example: less than 100% juice, Capri Sun)	0 ☐	1 ☐
h. Bottled water (unsweetened, any variety, flavor)	0 ☐	1 ☐
i. Soy milk, rice milk (any variety, flavor)	0 ☐	1 ☐

22. Do you have **Candy** in your home? No 0 ☐ **[Go To Question 23]** Yes 1 ☐

If Yes, indicate which ones you have	No	Yes
a. Chocolate candy (any variety, except chocolate exclusively for baking)	0 ☐	1 ☐
b. Hard candy	0 ☐	1 ☐
c. Gummies	0 ☐	1 ☐
d. Fruit rollups, fruit snacks or other fruit based candy	0 ☐	1 ☐
e. Chewy candy (example: Skittles, caramel)	0 ☐	1 ☐

23. Now please look around your kitchen (countertop, top of refrigerator, table) and indicate which of the following items are **visible and readily accessible without moving the items around**.

Indicate which items you can see	**No**	**Yes**
a. Fresh fruit	0 ☐	1 ☐
b. Canned or dried fruit	0 ☐	1 ☐
c. Fresh vegetables	0 ☐	1 ☐
d. Regular snack crackers, pretzels, chips, popcorn	0 ☐	1 ☐
e. Reduced-fat snack crackers, pretzels, chips, popcorn	0 ☐	1 ☐
f. Dry cereal	0 ☐	1 ☐
g. Bread or rolls	0 ☐	1 ☐
h. Regular soda pop	0 ☐	1 ☐
i. Diet soda pop	0 ☐	1 ☐
j. Candy	0 ☐	1 ☐
k. Regular cookies, cake, cupcakes, muffins	0 ☐	1 ☐
l. Reduced-fat cookies, cake, cupcakes, muffins	0 ☐	1 ☐

24. Now please open your refrigerator. Which of the following items are **visible and readily available, without moving the items around**?

Indicate which items you can see	**No**	**Yes**
a. Skim milk (any flavor)	0 ☐	1 ☐
b. 1% or 2% low fat milk (any flavor)	0 ☐	1 ☐
c. Whole milk (any flavor)	0 ☐	1 ☐
d. 100 % fruit juice (any flavor)	0 ☐	1 ☐
e. Fruit drinks/sports drinks (not 100% juice)	0 ☐	1 ☐
f. Regular soda pop	0 ☐	1 ☐
g. Diet soda pop	0 ☐	1 ☐
h. Bottled/contained water	0 ☐	1 ☐
i. Regular cheese (example: american, cheddar, swiss, parmesan)	0 ☐	1 ☐
j. Reduced-fat cheese (example: low fat cheddar, low fat Swiss)	0 ☐	1 ☐
k. Reduced-fat yogurt (with or without fruit)	0 ☐	1 ☐
l. Regular yogurt (made from whole milk, with or without fruit)	0 ☐	1 ☐
m. Reduced-fat yogurt drinks	0 ☐	1 ☐
n. Fresh ready-to-eat vegetables	0 ☐	1 ☐
o. Fresh ready-to-eat fruit	0 ☐	1 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Hospitalizations Questionnaire (HSPE)

ID NUMBER:									FORM CODE: HSPE VERSION: 1, 4/9/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #		

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐ 0c. Hospitalizations: ☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

[This is a multiple occurrence form. Enter each child hospitalization reported from the Child Health Questionnaire (CHQE/S) as a separate occurrence.]

1. Hospitalization Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

2. How many total days did your child stay in the hospital ___ ___

3. Why was your child hospitalized? [*select all that apply*]:

		No	Yes
a.	Injury/Accident	0 ☐	1 ☐
b.	Diagnosis of bronchiolitis, respiratory syncytial virus (RSV), pneumonia	0 ☐	1 ☐
c.	Fever as only symptom	0 ☐	1 ☐
d.	General illness (e.g. diarrhea, vomiting, cold, flu)	0 ☐	1 ☐
e.	Ongoing or Chronic Medical Condition (asthma, diabetes, etc.)	0 ☐	1 ☐
f.	Inconsolable / Crying	0 ☐	1 ☐
g.	Allergic Reaction / Adverse Reaction to Medication / Sunstroke or Heatstroke	0 ☐	1 ☐
h.	Respiratory Distress/lapses in breathing	0 ☐	1 ☐
i.	Other	0 ☐	1 ☐

i1.Specify:_____

4. Was your child hospitalized any other time since birth? No 0 ☐ **[END FORM]** Yes 1 ☐

[If Yes, create another occurrence of this form (Child Hospitalizations Form – HSPE) for every hospitalization reported. Continue to enter HSPE forms until all hospitalizations have been recorded.]

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Remote Interview Informed Consent/Assent Tracking (ICRE)

ID NUMBER:									FORM CODE: ICRE VERSION: 1, 7/8/2020	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (mm/dd/yyyy) 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *After obtaining the participant's verbal consent during the remote interview, key the responses on this screen from that document. Enter only one form per participant*.

A. Consent Elements

1. Mother **agrees to participate in the SOL-FLOR remote interview (mode 1)** as described in the recruitment/verbal informed consent script?

   No 0 ☐ **[END]**

   Yes 1 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Informed Consent/Assent Tracking (ICTE)

ID NUMBER:									FORM CODE: ICTE VERSION: 1, 6/24/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (mm/dd/yyyy) 0b. Staff ID: ☐☐☐

0c. Father (2nd parent) available for consent: [Prefilled from ELEB6]

No 0 ☐ **[Complete Q1 & Q3 only]**

Yes 1 ☐ **[Go to Question 1]**

0c1. If No, Reason [Prefilled from ELEB6a] ☐

1= Parent is deceased
2= Incompetent
3= Whereabouts are unknown
4= Only mother has legal responsibility for the care and custody of the child
5= Not reasonably available

Instructions: *After obtaining the participant's 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*.

A. Consent Elements

1. Mother **agrees for both her and her child to participate in the SOL-FLOR study** as described in the informed consent?

   No 0 ☐ **[END]**

   Yes 1 ☐

2. Father/2nd parent **agrees for his/her child to participate in the SOL-FLOR study** as described in the informed consent?

   No 0 ☐ **[END]**

   Yes 1 ☐

B. Assent Elements

3. Child agrees to participate in the SOL-FLOR study as described in the informed assent (Note: Only applicable for children 7 years old and above)?

   No 0 ☐

   Yes 1 ☐

   Child age < 7 years 2 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research

Mother Acculturation Stress (MASE)

ID NUMBER:									FORM CODE: MASE VERSION: 1, 3/8/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

For the next set of questions, please think about your experiences in the US over the past year.

[select only one]	**Not at all**	**Very little**	**Moderately**	**Very often**	**Almost always**
1. How often has it been hard for you to get along with others because you don't speak English well?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. How often has it been hard to do well at work because of problems in understanding English?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. How often have you had problems with your family because you prefer U.S. customs?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. How often do you feel that you would rather be more American if you had a choice?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. How often do you get upset at your children because they don't know U.S. ways?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. How often do you feel uncomfortable having to choose between non-Hispanic/Latino and Hispanic/Latino ways of doing things?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. How often do people dislike you because you are Hispanic/Latino?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. How often are you treated unfairly at work because you are Hispanic/Latino?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. How often do you see friends treated badly because they are Hispanic/Latino?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

HCHS/SOL FLOR- Family Lifestyle Outcomes Research

Delayed Gratification Form (MATE)

ID NUMBER:									FORM CODE: MATE VERSION: 2 9/27/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

0c. Child ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐ **[Prefill from FVIN]**

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Field Status to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

1. Which one do you think is yummiest?

Marshmallow	1 ☐
Oreo cookie	2 ☐
Pretzel	3 ☐
Hershey's kiss	4 ☐
Other	5 ☐

1a. Other, specified: _____

2. Do you want to wait for your treat? No 0 ☐ **[END]** Yes 1 ☐

3. Child waited the entire 15 min without ringing the bell: No 0 ☐ Yes 1 ☐ [**Go To Q6**]

4. Enter child's wait time: ☐☐:☐☐ (MM:SS)

5. Reason for stopping watch:

Child rang the bell	1 ☐
Child grabbed and ate the treat or some of the treat	2 ☐
Child seemed distressed (e.g., started crying) but did not ring the bell	3 ☐

6. Observed behavior while waiting the 15min:

a.	Child sat all the time	No 0 ☐	Yes 1 ☐
b.	Child left chair and wandered around	No 0 ☐	Yes 1 ☐
c.	Child touched the treat but did not eat it	No 0 ☐	Yes 1 ☐
d.	Child ate some of the treat	No 0 ☐	Yes 1 ☐
e.	Child ate all of the treat	No 0 ☐	Yes 1 ☐
f.	Other	No 0 ☐	Yes 1 ☐

6f1. Other, specified: _____

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research

Modified Food Addiction Evaluation (MFAE)

ID NUMBER:									FORM CODE: MFAE VERSION: 1, 2/25/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

I am going to read a list of some of the ways you may have felt or behaved. Please indicate how often you have felt this way during the past 12 months. Respond by saying "never, once a month, 2-4 times a month, 2-3 times a week, or 4 or more times per week or daily'. Choose only one of these categories for each statement I read.

IN THE PAST 12 MONTHS:	Never	Once a month	2-4 times a month	2-3 times a week	4 or more times per week or daily
1. I find myself consuming certain foods even though I am no longer hungry.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. I worry about cutting down on certain foods.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. I feel sluggish or fatigued from overeating.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. I have spent time dealing with negative feelings from overeating certain foods, instead of spending time in important activities such as time with family, friends, work, or recreation.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. I have had physical withdrawal symptoms such as agitation and anxiety when I cut down on certain foods. (Do NOT include caffeinated drinks: coffee, tea, cola, energy drinks, etc.).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

IN THE PAST 12 MONTHS:	No	Yes
6. I kept consuming the same types or amounts of food despite significant emotional and/or physical problems related to my eating.	0 ☐	1 ☐
7. Eating the same amount of food does not reduce negative emotions or increase pleasurable feelings the way it used to.	0 ☐	1 ☐

IN THE PAST 12 MONTHS:	Never	Once a month	2-4 times a month	2-3 times a week	4 or more times per week or daily
8. My behavior with respect to food and eating causes significant distress.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. I experience significant problems in my ability to function effectively (daily routine, job/school, social activities, family activities, health difficulties) because of food and eating.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

HCHS/SOL FLOR- Child Physical Activity and Transportation (PATE)

FLOR

ID NUMBER:									FORM CODE: PATE VERSION: 1, 9/9/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Now we would like to know about your child's transportation when going to daycare, preschool, or school.

1. *Does your child go to daycare, preschool, or school?* No 0 ☐ **[Go To Question 4]** Yes 1 ☐

   a. *If yes, which one?* Daycare 1 ☐ Preschool 2 ☐ School 3 ☐
   [School is from grade 1 to 5]

2. How does your child usually **get to** daycare/preschool/school?

   Walking 1 ☐

   Cycling (herself/himself) 2 ☐

   By guardians bicycle 3 ☐

   By school bus and/or public transport 4 ☐

   By car/motorbike 5 ☐

   Other 6 ☐

   a. If other, specify: _____

   b. Time to travel to daycare/preschool/school: Hrs ___ ___ Mins ___ ___

3. How does your child usually **get back** from daycare/preschool/school?

   Walking 1 ☐

   Cycling (herself/himself) 2 ☐

   By guardians bicycle 3 ☐

   By school bus and/or public transport 4 ☐

   By car/motorbike 5 ☐

   Other 6 ☐

   a. If other, specify: _____

   b. Time to travel home: Hrs ___ ___ Mins ___ ___

In the following questions, when we say PHYSICAL ACTIVITY including practicing a sport or exercising we mean: Activities that YOUR CHILD does before and after school and that make her/him breathe harder or sweat.

[Examples of physical activities are walking, cycling, playing in the playground, team sports like football and organized activities such as swimming or dance lessons.]

4. Is your child a member of a sports team or club? No 0 ☐ **[Go To Question 7]** Yes 1 ☐

5. How much time does your child spend doing sports in on this team or club per week?

___ ___ hours ___ ___ minutes

6. What kind of sport does your child do on this team or club?

[Select all that apply]	**No**	**Yes**
a. Cycling	0 ☐	1 ☐
b. Football	0 ☐	1 ☐
c. Soccer	0 ☐	1 ☐
d. Tennis	0 ☐	1 ☐
e. Basketball	0 ☐	1 ☐
f. Volleyball	0 ☐	1 ☐
g. Swimming	0 ☐	1 ☐
h. Running	0 ☐	1 ☐
i. Martial Arts	0 ☐	1 ☐
j. Baseball	0 ☐	1 ☐
k. Lacrosse	0 ☐	1 ☐
l. Dance	0 ☐	1 ☐
m. Gymnastics	0 ☐	1 ☐
n. Other	0 ☐	1 ☐

n1. If other, specify: _____

Now we would like to know how much time does your child spend in indoor/outdoor physical activities in a typical Weekday and on a typical Weekend day:

	Typical Weekday	**Typical Weekend Day**
7. Free play indoors, where s/he moves about freely	☐☐ Hrs ☐☐ Min	☐☐ Hrs ☐☐ Min
8. Play outdoors	☐☐ Hrs ☐☐ Min	☐☐ Hrs ☐☐ Min

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Pubertal Development Assessment (PDAE)

ID NUMBER:									FORM CODE: PDAE VERSION: 1, 7/15/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "9", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

The next questions are about changes that may be happening to your body. These changes normally happen to different young people at different ages. Since they may have something to do with your sleep patterns, do your best to answer carefully. If you do not understand a question or do not know the answer, just mark "I don't know."

1. Would you say that your growth in height:

has not yet begun to spurt	1	☐
has barely started	2	☐
is definitely underway	3	☐
seems completed	4	☐
I don't know/refuse to answer	9	☐

2. And how about the growth of your body hair? ("Body hair" means hair any place other than your head, such as under your arms.)

Would you say that your body hair growth:

has not yet begun to grow	1	☐
has barely started to grow	2	☐
is definitely underway	3	☐
seems completed	4	☐
I don't know/refuse to answer	9	☐

3. Have you noticed any skin changes, especially pimples?

skin has not yet started changing	1 ☐
skin has barely started changing	2 ☐
skin changes are definitely underway	3 ☐
skin changes seem complete	4 ☐
I don't know/refuse to answer	9 ☐

For BOYS only:

4. Have you noticed a deepening of your voice?

voice has not yet started changing	1 ☐
voice has barely started changing	2 ☐
voice changes are definitely underway	3 ☐
voice changes seem complete	4 ☐
I don't know/refuse to answer	9 ☐

5. Have you begun to grow hair on your face?

facial hair has not yet started growing	1 ☐
facial hair has barely started growing	2 ☐
facial hair growth has definitely started	3 ☐
facial hair growth seems complete	4 ☐
I don't know/refuse to answer	9 ☐

For GIRLS only:

6. Have you noticed that your breasts have begun to grow?

have not yet started growing	1 ☐
have barely started growing	2 ☐

breast growth is definitely underway 3 ☐

breast growth seems complete 4 ☐

I don't know/refuse to answer 9 ☐

7. Have you begun to menstruate (started to have your period)?

No 0 ☐→ **END QUESTIONNAIRE**
Yes 1 ☐

7a. If Yes, how old were you when you started to menstruate? ☐☐ age in years

END QUESTIONNAIRE

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Reward Based Eating Drive (REDE)

ID NUMBER:									FORM CODE: REDE VERSION: 1, 12/6/2018	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

I am going to read a list of some of the ways you may have felt or behaved. Please indicate how often you have felt this way during the past week. Respond by saying "Strongly Disagree, Disagree, Neither Agree nor Disagree, Agree, or Strongly Agree. Choose only one of these categories for each statement I read.

	Please read every question and indicate how much you agree or disagree.	**Strongly Disagree**	**Disagree**	**Neither Agree nor Disagree**	**Agree**	**Strongly Agree**
1.	I feel out of control in the presence of delicious food	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2.	When I start eating, I just can't seem to stop	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3.	It is difficult for me to leave food on my plate	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4.	When it comes to foods I love, I have no willpower	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5.	I get so hungry that my stomach often seems like a bottomless pit	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6.	I don't get full easily	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7.	It seems like most of my waking hours are preoccupied by thoughts about eating or not eating	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8.	I have days when I can't seem to think about anything else but food	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9.	Food is always on my mind	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10.	I feel hungry all the time	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11.	I can't stop thinking about eating no matter how hard I try	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12.	I find myself continuing to consume certain foods even though I am no longer hungry	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13.	If food tastes good to me, I eat more than usual	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

HCHS/SOL FLOR- Family Lifestyle Outcomes Research

Saliva Biospecimen Collection Form (SSWB)

ID NUMBER:									FORM CODE: SSWB VERSION: 1, 6/25/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

0b. Staff ID: ☐☐☐

0c. Child ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐
[Prefill from FVIN]

0d. Child Scanned ID: ☐☐☐☐☐☐☐☐

0e. Lab Scanned ID: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Affix **Child** ID Barcode Here

Affix **Lab** ID Barcode Here

Instructions: *This form should be completed during the participant's visit. Affix the participant Lab ID label above. Whenever numerical responses are required, enter the number so that the last digit appears in the rightmost box. Enter leading zeroes where necessary to fill all boxes. Use a 24-hour clock for time (e.g. noon=12:00, 1pm=13:00)*

A. Saliva Collection Information:

1. Did your child eat, drink, chew gum, or brush their teeth in the last 30 minutes?

   En los últimos 30 minutos, ¿su hija/o ha comido o bebido algo, masticado chicle (goma de mascar) o se ha cepillado los dientes?

   No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know 9 ☐ **[If Yes or Don't know, wait 30 minutes before collecting sample]**

2. Will your child be able to spit into a collection tube? No 0 ☐ Don't Know 9 ☐
   ¿Podrá su hija/o escupir en un tubo de colección? **[If No or Don't know, proceed with collection in OGR-675 tube]**

   Yes 1 ☐ **[If Yes, proceed with collection in OGR-600 tube]**

B. Saliva Collection:

3. Date of saliva collection: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ **[MM/DD/YYYY]**

4. Collection tube used: **OGR-600 (unassisted)** 1 ☐ **OGR-675 (assisted)** 2 ☐

5. Collection start time: ☐☐ : ☐☐ **[24-hr format]** 6. Collection end time: ☐☐ : ☐☐ **[24-hr format]**

7. Any saliva collection incidents or problems? No 0 ☐ [**Go to Q9]** Yes 1 ☐ **[If Yes, specify in Q8]**

8. Saliva collection incidents - document problems: *(Mark all that apply)*

a.	Sample collected	No 0☐ **[END FORM]**	Yes 1 ☐
b.	Partial sample collected	No 0☐	Yes 1 ☐
c.	Blood in sample	No 0☐	Yes 1 ☐
d.	Food particles or other	No 0☐	Yes 1 ☐
e.	Contaminants in sample	No 0☐	Yes 1 ☐
f.	Other	No 0☐	Yes 1 ☐ **[If Yes, specify]**

f.1. Specify other: _____

_____

C. Saliva Storage:

9. Were there any problems with storage of saliva at room temperature before shipping to the Human Genetics Center Laboratory? No 0 ☐ **[End]** Yes 1 ☐

9a. If Yes, describe incident or problem: _____

_____

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Well-Being Questionnaire (WBQE)

FLOR

ID NUMBER:									FORM CODE: WBQE VERSION: 1, 12/12/2018	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

***Instructions**: Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

A. CES-D 10

*I am going to read a list of some of the ways you may have felt or behaved. Please indicate how often you have felt this way during the **past week**. Respond by saying 'rarely or none of the time', meaning less than one day during the **past week**, 'some or a little of the time', meaning one to two days during the **past week**, 'occasionally or a moderate amount of time, meaning three to four days, or 'all of the time' meaning five to seven days. Choose only one of these categories for each statement I read.*

	Rarely or none of the time (<1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	All of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
2. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
3. I felt depressed.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
4. I felt that everything I did was an effort.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
5. I felt hopeful about the future.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6. I felt fearful.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7. My sleep was restless.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8. I was happy.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9. I felt lonely.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10. I could not "get going".	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

B. GAD-7

Over the <u>Last 2 Weeks</u>, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
11. Feeling nervous, anxious or on edge	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
12. Not being able to stop or control worrying	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
13. Worrying too much about different things	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
14. Trouble relaxing	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
15. Being so restless that it is hard to sit still	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
16. Becoming easily annoyed or irritable	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
17. Feeling afraid as if something awful might happen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research

Child Eating Behavior Form (CEBS)

ID NUMBER:									FORM CODE: CEBS VERSION: 1, 2/18/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

Le voy a leer una lista de algunas de las maneras en las que su niña/o se pudo haber sentido o comportado. Por favor indique con qué frecuencia su niña/o se sintió así. Conteste "nunca, raramente, algunas veces, muchas veces o siempre". Seleccione solamente una de estas categorías para cada afirmación que le lea.

[Please read the following statements to the participant and select most appropriate eating behavior that they reported for their child.]	Nunca	Raramente	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. A mi niña(o) le encanta comer (ama la comida)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Mi niña(o) come más cuando está preocupada(o)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Mi niña(o) tiene un gran apetito	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Mi niña(o) se acaba la comida rápidamente	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Mi niña(o) está interesada(o) en la comida	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Mi niña(o) siempre está pidiendo algo de beber	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Mi niña(o) rechaza alimentos nuevos la primera vez que se le ofrecen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Mi niña(o) come con lentitud	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Mi niña(o) come menos cuando está enojada(o)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Mi niña(o) disfruta de probar alimentos nuevos	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Mi niña(o) come menos cuando está cansada(o)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
12. Mi niña(o) siempre está pidiendo comida	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13. Mi niña(o) come más cuando está molesta(o)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. Si le permitiera, mi niña(o) comería demasiado	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
15. Mi niña(o) come más cuando está ansiosa(o)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ID NUMBER:									FORM CODE: CEBE VERSION: 1, 2/18/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

[Please read the following statements to the participant and select most appropriate eating behavior that they reported for their child.]	**Nunca**	**Raramente**	**Algunas veces**	**Muchas veces**	**Siempre**
16. Mi niña(o) disfruta una amplia variedad de alimentos	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. Mi niña(o) deja comida en el plato cuando termina de comer	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. Mi niña(o) tarda más de 30 minutos en acabar de comer	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19. Si le diera la opción, mi niña(o) comería la mayor parte del tiempo	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
20. Mi niña(o) espera con emoción la hora de comer	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
21. Mi niña(o) se llena antes de acabar su comida	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
22. A mi niña(o) le gusta comer	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
23. Mi niña(o) come más cuando está contenta(o)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
24. Es difícil complacer a mi niña(o) con la comida	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
25. Mi niña(o) come menos cuando está molesta(o)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
26. Mi niña(o) se llena con facilidad	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
27. Mi niña(o) come más cuando no tiene otra cosa que hacer	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
28. Aunque mi niña(o) esté llena(o) siempre tiene espacio para su comida favorita	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
29. Si le diera la opción, mi niña(o) se pasaría bebiendo líquidos continuamente durante el día	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
30. Mi niña(o) no puede comerse la comida si se come un refrigerio (merienda, snack) justo antes de comer	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
31. Si le dejara, mi niña(o) siempre estaría tomando una bebida	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
32. A mi niña(o) le interesa probar cosas que no ha probado antes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
33. Mi niña(o) decide que no le gusta una comida aunque no lo haya probado	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
34. Si le dejara, mi niña(o) siempre tendría comida en la boca	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
35. Mi niña(o) va comiendo más y más lentamente durante el curso de una comida	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Feeding Habits (CFHS)

ID NUMBER:									FORM CODE: CFHS VERSION: 1, 3/25/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Ahora vamos a hacerle algunas preguntas sobre los hábitos de su niña/o mientras come.

1. Si su niña/o le dice que tiene hambre mientras usted prepara la cena, ¿con qué frecuencia le da algo de comer para que se quede tranquila/o hasta que esté lista la comida? *(si la/el niña/o tiene una rabieta porque quiere algo de comer mientras usted prepara la cena, ¿con qué frecuencia le da algo de comer?)*

   Nunca 1 ☐ Muy pocas veces 2 ☐ Algunas veces 3 ☐ A menudo 4 ☐ Siempre 5 ☐

2. ¿Usted le permite a su niña/o seleccionar lo que quiere comer para desayunar o almorzar? *(Esto significa poder escoger lo que se le prepara)*

   No se le permite seleccionar 0 ☐ Se le permite poca selección 1 ☐
   Se le permite algo de selección 2 ☐ Se le permite mucha selección 3 ☐

3. ¿Puede su niña/o seleccionar algunas de sus comidas favoritas cuando van al mercado?

   No 0 ☐ Sí 1 ☐

4. ¿Con qué frecuencia está encendida la televisión mientras la familia come?

   Nunca 1 ☐ Raras veces 2 ☐ Algunas veces 3 ☐ A menudo 4 ☐ Siempre 5 ☐

5. ¿Quién suele encargarse de la comida de su niña/o durante la semana?

   Usted 1 ☐ El padre 2 ☐ Los abuelos 3 ☐ Otro pariente 4 ☐ Cuidador 5 ☐

6. ¿Quién suele encargarse de la comida de su niña/o durante el fin de semana?

   Usted 1 ☐ El padre 2 ☐ Los abuelos 3 ☐ Otro pariente 4 ☐ Cuidador 5 ☐

7. ¿Cuántas veces su familia, incluyendo al niño, cenan juntos?

   0 a 1 vez a la semana 1 ☐ 2 a 4 veces a la semana 2 ☐ 5 a7 veces a la semana 3 ☐

Seleccione lo que aplique:	**Totalmente de acuerdo**	**De acuerdo**	**En desacuerdo**	**Totalmente en desacuerdo**
8. Mi niña/o siempre está probando comidas nuevas y distintas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. A mi niña/o no le gusta probar comidas nuevas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Mi niña/o tiene miedo de probar comidas que nunca ha comido.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Mi niña/o no prueba la comida si no sabe lo que contiene.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Caregiver's Feeding Style Questionnaire (CFSS)

ID NUMBER:									FORM CODE: CFSS VERSION: 1, 2/11/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

Estas preguntas se refieren a <u>SUS</u> interacciones con su niña(o) durante la cena. Seleccione la respuesta que mejor describa la frecuencia con la que ocurren estas cosas. Si tiene dudas, elija lo que le parezca más acertada.

Con qué frecuencia durante la cena USTED...	**Nunca**	**Rara-mente**	**Algunas veces**	**Muchas veces**	**Siempre**
1. Forcejea físicamente con su niña/o para que coma (por ejemplo, sentarle a la fuerza en la silla para que coma).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Le promete otra cosa, que no sea comida, si come (por ejemplo: "Si te comes los frijoles, podemos jugar a la pelota después de cenar").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Le anima a comer sirviendo los alimentos de una forma más interesante (por ejemplo, hacer caritas sonrientes en los panqueques).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Le hace preguntas sobre la comida durante la cena.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Le pide que se coma por lo menos un poquito de lo que hay en su plato.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Razona con el niño para que coma (por ejemplo "La leche es buena para tu salud porque te hará fuerte").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Dice algo para demostrar que no está de acuerdo cuando el niño no come su cena.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Permite que su niña(o) elija lo que quiere cenar entre los alimentos que ya están preparados.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Elogia a su niña(o) por comerse los alimentos (por ejemplo: "¡Qué buena(o) eres! Te estás comiendo los frijoles").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Sugiere a su niña(o) que se coma su cena, diciéndole por ejemplo: "Se te está enfriando la comida".	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
11. Le dice "Date prisa y termina tu comida".	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
12. Le advierte de que le quitará algo, **no la comida,** si no come (por ejemplo: "Si no te acabas la carne, no habrá tiempo para jugar después de cenar").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
13. Le dice que se coma algo del plato (por ejemplo: "Cómete tus frijoles").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. Le advierte que le quitará algún alimento si no come (por ejemplo: "Si no te acabas las verduras, no te doy fruta").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ID NUMBER:									FORM CODE: CFSE VERSION: 1, 2/11/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

Con qué frecuencia durante la cena USTED…	**Nunca**	**Rara-mente**	**Algunas veces**	**Muchas veces**	**Siempre**
15. Le dice algo positivo sobre la comida que está comiendo durante la cena.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16. Le da usted la comida a cucharadas para que se acabe la cena.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. Le ayuda con la cena (por ejemplo, le corta la comida en pedacitos).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. Le anima a comer algo usando otros alimentos como recompensa (por ejemplo: "Si te acabas la verdura (vegetales), te doy fruta").	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19. Le ruega que se coma la cena.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research Child Care (CHCS)

FLOR

ID NUMBER:									FORM CODE: CHCS VERSION: 1, 2/8/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Ahora vamos a hacerle unas preguntas sobre quién cuida a su niña/o ADEMÁS de la guardería, el preescolar o la escuela.

1. ¿Además de usted, hay otras personas que tengan una función paterna en la vida de su niña/o?

   No 0 ☐ **[Go To Question 5]** Sí 1 ☐

2. Por favor, dígame sobre esta persona.

   a. ¿Qué tipo de relación tiene con su niña/o?

Padre del niño	1 ☐	Padrastro	2 ☐
Abuelos	3 ☐	Tíos	4 ☐
Hermanos	5 ☐	Otro	6 ☐

   2a1. Si otro, especifique: _____

   b. ¿Cuida esta persona de su niña/o dos o más días a la semana? No 0 ☐ Sí 1 ☐

   c. ¿Vive esta persona con usted (la mamá)? No 0 ☐ Sí 1 ☐

   d. **En los últimos 12 meses,** ¿con qué frecuencia esta persona participó en comidas familiares con usted (la madre) y su niña/o?

Nunca	1 ☐
Una vez al mes	2 ☐
2 a 4 veces al mes	3 ☐
2 a 3 veces a la semana	4 ☐
4 o más veces a la semana o diario	5 ☐

   e. ¿Cuál es el grado más alto de estudios que completó esta persona?

Educación básica/primaria (incluye grados 1 – 5)	1 ☐
Escuela intermedia/júnior (incluye grados 6 – 8)	2 ☐
Secundaria/preparatoria/GED	3 ☐
Escuela profesional/vocacional	4 ☐
Universidad	5 ☐
Otro	6 ☐

   2e1. Si otro, por favor especifique: _____

3. ¿Hay alguna otra persona que tenga una función paterna en la vida de su niña/o?

No 0 ☐ **[Go To Question 5]** Sí 1 ☐

4. Por favor, dígame sobre esta persona.

a. ¿Qué tipo de relación tiene con su niña/o?

Padre del niño	1 ☐	Padrastro	2 ☐
Abuelos	3 ☐	Tíos	4 ☐
Hermanos	5 ☐	Otro	6 ☐

2a1. Si otro, especifique: _____

b. ¿Cuida esta persona de su niña/o dos o más días a la semana? No 0 ☐ Sí 1 ☐

c. ¿Vive esta persona con usted (la mamá)? No 0 ☐ Sí 1 ☐

d. **En los últimos 12 meses,** ¿con qué frecuencia esta persona participó en comidas familiares con usted (la madre) y su niña/o?

Nunca	1 ☐
Una vez al mes	2 ☐
2 a 4 veces al mes	3 ☐
2 a 3 veces a la semana	4 ☐
4 o más veces a la semana o diario	5 ☐

e. ¿Cuál es el grado más alto de estudios que completó esta persona?

Educación básica/primaria (incluye grados 1 – 5)	1 ☐
Escuela intermedia/júnior (incluye grados 6 – 8)	2 ☐
Secundaria/preparatoria/GED	3 ☐
Escuela profesional/vocacional	4 ☐
Universidad	5 ☐
Otro	6 ☐

2e1. Si otro, por favor especifique: _____

5. ¿Ha vivido su niña/o con alguien que haya fumado dentro de la casa con regularidad?

No 0 ☐ Sí 1 ☐

6. ¿En la actualidad, pasa tiempo su niña/o con alguien que no vive con ustedes (otro familiar, niñera, etc.) que fume con regularidad en ambientes cerrados?

No 0 ☐ Sí 1 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Health Questionnaire (CHQS)

ID NUMBER:									FORM CODE: CHQS VERSION: 1, 8/9/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Las siguientes preguntas se refieren a la salud de su niña/o. Piense en la vida del niño al responder a las preguntas y denos la mejor respuesta posible.

1. Desde que su niña/o nació, ¿ha tenido las siguientes enfermedades o problemas?

¿Alguna vez su niña/o ha tenido? [*select all that apply*]	**No**	**Sí**
a. Infección de oídos	0 ☐	1 ☐
b. Infección de ojos	0 ☐	1 ☐
c. Tos / respiración con silbido persistente	0 ☐	1 ☐
d. Asma	0 ☐	1 ☐
e. Neumonía (pulmonía)	0 ☐	1 ☐
f. Crisis epilépticas o convulsiones	0 ☐	1 ☐
g. Vómitos	0 ☐	1 ☐
h. Reflujo	0 ☐	1 ☐
i. Diarrea	0 ☐	1 ☐
j. Lesiones debido a una mala caída o accidente	0 ☐	1 ☐
k. Diabetes	0 ☐	1 ☐
l. Alergias a los alimentos (alimentarias)	0 ☐	1 ☐
l1. Especifique el tipo _____		
m. Otras alergias	0 ☐	1 ☐
m1. Especifique el tipo: _____		
n. Retrasos del aprendizaje o de conducta	0 ☐	1 ☐
n1. Especifique el tipo: _____		
o. Deficiencias o retrasos físicos	0 ☐	1 ☐
o1. Especifique el tipo: _____		
p. Otros problemas	0 ☐	1 ☐
p1. Especifique el tipo: _____		

2. ¿Alguna vez ha llevado a su niña/o al Departamento de Emergencias?
[*Esto no incluye centros de atención de urgencias ni visitas de noche a una clínica pediátrica*].
No 0 ☐ **[Go To Question 3]** Sí 1 ☐

Si le llevó, ¿cuál fue el motivo? [*select all that apply*]:	**No**	**Sí**
a. Lesión/Accidente	0 ☐	1 ☐
b. Diagnóstico de bronquiolitis, virus respiratorio sincitial (RSV por sus siglas en inglés), neumonía (pulmonía)	0 ☐	1 ☐
c. Fiebre como único síntoma	0 ☐	1 ☐
d. Enfermedades o afecciones comunes (por ejemplo, diarrea, vómitos, resfriado, gripe)	0 ☐	1 ☐
e. Afección médica continua o crónica (asma, diabetes, etc.)	0 ☐	1 ☐
f. Inconsolable / Llanto	0 ☐	1 ☐
g. Reacción alérgica / Reacción adversa a un medicamento / Insolación o golpe de calor	0 ☐	1 ☐
h. Dificultades respiratorias/respiración entrecortada	0 ☐	1 ☐
i. Otro	0 ☐	1 ☐
i1. Especifique:_____		

3. ¿Tiene su niña/o algún tipo de cobertura médica, incluyendo seguro médico, planes prepagados como HMO o planes del gobierno como Medicaid? No 0 ☐ Sí 1 ☐

4. En algún momento durante LOS **ÚLTIMOS 12 MESES**, aunque solo fuera por un mes, alguien en su familia recibió:

[*select all that apply*]	**No**	**Sí**
a. Asistencia en efectivo por parte de un programa de asistencia del gobierno?	0 ☐	1 ☐
b. Estampillas de alimentos o beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición? Suplementaria (SNAP)	0 ☐	1 ☐
c. Desayunos o almuerzos gratis o a precio reducido en la escuela?	0 ☐	1 ☐
d. Beneficios del Programa de Mujeres, Bebés y Niños (Programa WIC)?	0 ☐	1 ☐

5. ¿Cómo considera usted la salud general de su niña/o?
Excelente 1 ☐ Muy buena 2 ☐ Buena 3 ☐ Regular 4 ☐ Mala 5 ☐

6. Desde que nació su niña/o, ¿alguna vez lo han hospitalizado? No 0 ☐ **[End Form]** Sí 1 ☐

7. ¿Cuántas veces ha sido su niña/o hospitalizado? ___ ___ veces

[Note: Use Child Hospitalizations Form (HSPE/S) to enter any hospitalizations with one occurrence per hospitalization]

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Media Use (CMUS)

ID NUMBER:									FORM CODE: CMUS VERSION: 1, 2/19/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Cuando conteste el siguiente grupo de preguntas, piense en su niña/o [nombre del niño]. Si [nombre del niño] es demasiado pequeña/o para hacer algunas de estas cosas, conteste "No".

1. ¿Cuáles de los siguientes artículos, si alguno, tiene su niña/o en su dormitorio?

[select all that apply]	**No**	**Sí**
a. Un televisor	0 ☐	1 ☐
b. Un reproductor de DVD o VCR	0 ☐	1 ☐
c. Un reproductor de videojuegos, como Xbox, PlayStation o Wii	0 ☐	1 ☐
d. Una computadora	0 ☐	1 ☐
e. Acceso al Internet	0 ☐	1 ☐

2. ¿Cuál de los siguientes artículos tiene su niña/o? Que sean propiedad personal de ella/el.

[select all that apply]	**No**	**Sí**
a. Un dispositivo de juegos educativos como Leapster Explorer o V-Smile	0 ☐	1 ☐
b. Un reproductor de mano para videojuegos como GameBoy, PSP o Nintendo DS	0 ☐	1 ☐
c. Un iPod u otro reproductor MP3 sin video	0 ☐	1 ☐
d. iTouch u otro iPod con video	0 ☐	1 ☐
e. Un teléfono celular	0 ☐	1 ☐
f. Un iPad u otra tableta	0 ☐	1 ☐
g. Un Kindle, Nook u otro lector electrónico	0 ☐	1 ☐

3. Nos gustaría saber si su niña/o ha usado alguna vez un teléfono celular, un iPod, un iPad o un dispositivo similar para hacer alguna de las actividades siguientes. Indique todas las actividades que su niña/o haya hecho alguna vez:

[select all that apply]	**No**	**Sí**
a. Ver videos en un teléfono, iPod o iPad	0 ☐	1 ☐
b. Ver programas de televisión o películas en un teléfono, iPod o iPad	0 ☐	1 ☐
c. Jugar a juegos en un teléfono, iPod o iPad	0 ☐	1 ☐
d. Usar aplicaciones en un teléfono, iPod o iPad	0 ☐	1 ☐
e. Leer libros en un teléfono, iPod o iPad	0 ☐	1 ☐

Nos gustaría saber con qué frecuencia su niña/o hace estas actividades o si nunca ha hecho estas actividades. Además, a qué edad empezó a hacer la actividad.

4. Con qué frecuencia su niña/o: Lee solo

Varias veces al día	1	☐
Una vez día	2	☐
Varias veces a la semana	3	☐
Una vez a la semana	4	☐
Menos de una vez a la semana	5	☐
Nunca lo ha hecho	6	☐ **[Go To Question 5]**

a. Cuántos años tenía su niña/o cuando empezó a leer *(capaz de leer una oración completa)*:

___ ___ años ___ ___ meses

5. Con qué frecuencia a su niña/o: Le leen

Varias veces al día	1	☐
Una vez día	2	☐
Varias veces a la semana	3	☐
Una vez a la semana	4	☐
Menos de una vez a la semana	5	☐
Nunca lo ha hecho	6	☐ **[Go To Question 6]**

a. Cuántos años tenía su niña/o cuando le empezaron a leer:

___ ___ años ___ ___ meses

6. Con qué frecuencia su niña/o: Ve DVD o videocintas

Varias veces al día	1	☐
Una vez día	2	☐
Varias veces a la semana	3	☐
Una vez a la semana	4	☐
Menos de una vez a la semana	5	☐
Nunca lo ha hecho	6	☐ **[Go To Question 7]**

a. Cuántos años tenía su niña/o cuando empezó a ver DVD o videocintas:

___ ___ años ___ ___ meses

7. Con qué frecuencia su niña/o: Ve la televisión

Varias veces al día	1	☐
Una vez día	2	☐
Varias veces a la semana	3	☐
Una vez a la semana	4	☐
Menos de una vez a la semana	5	☐
Nunca lo ha hecho	6	☐ **[Go To Question 8]**

a. Cuántos años tenía su niña/o cuando empezó a ver la televisión:

___ ___ años ___ ___ meses

8. Con qué frecuencia su niña/o: Usa la computadora

Varias veces al día	1	☐
Una vez día	2	☐
Varias veces a la semana	3	☐
Una vez a la semana	4	☐
Menos de una vez a la semana	5	☐
Nunca lo ha hecho	6	☐ **[Go To Question 9]**

a. Cuántos años tenía su niña/o cuando empezó a usar la computadora:

___ ___ años ___ ___ meses

9. Con qué frecuencia su niña/o: Lee libros en un Kindle, Nook o un dispositivo electrónico similar

Varias veces al día	1	☐
Una vez día	2	☐
Varias veces a la semana	3	☐
Una vez a la semana	4	☐
Menos de una vez a la semana	5	☐
Nunca lo ha hecho	6	☐ **[Go To Question 10]**

a. Cuántos años tenía su niña/o cuando empezó a leer libros en un Kindle, Nook o un dispositivo electrónico similar: ___ ___ años ___ ___ meses

10. Con qué frecuencia su niña/o: Juega a videojuegos en una consola como X-Box, PlayStation o Wii

Varias veces al día	1	☐
Una vez día	2	☐
Varias veces a la semana	3	☐
Una vez a la semana	4	☐
Menos de una vez a la semana	5	☐
Nunca lo ha hecho	6	☐ **[Go To Question 11]**

a. Cuántos años tenía su niña/o cuando empezó a jugar a videojuegos en una consola como X-Box, PlayStation o Wii: ___ ___ años ___ ___ meses

11. Con qué frecuencia su niña/o: Juega a juegos, usa aplicaciones o ve videos en un teléfono celular, iPod, iPad o dispositivo de mano para juegos

Varias veces al día	1 ☐
Una vez día	2 ☐
Varias veces a la semana	3 ☐
Una vez a la semana	4 ☐
Menos de una vez a la semana	5 ☐
Nunca lo ha hecho	6 ☐ **[Go To Question 12]**

a. Cuántos años tenía su niña/o cuando empezó a*:* Jugar a juegos, usar aplicaciones o ver videos en un teléfono celular, iPod, iPad o dispositivo de mano para juegos:
___ ___ años ___ ___ meses

12. Estamos interesados en saber cuánto tiempo pasó su niña/o **AYER** haciendo varias actividades. Puede que su niña/o sea demasiado pequeño para algunas de ellas. Si ese es el caso, conteste "No". **[If 60 minutes or more, record in hours and minutes.]**

Pensando en AYER solamente, ¿pasó su NIÑA/O algún tiempo haciendo lo siguiente?	**No**	**Sí**	**Si lo hizo, ¿cuánto tiempo?**
a. Viendo la televisión en un televisor (NO incluya el tiempo viendo videos o DVD)	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
b. Viendo DVD o videocintas	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
c. Escuchando música	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
d. Leyendo	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
e. Escuchando mientras alguien le lee	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
f. Jugando en una consola de videojuegos como Xbox, PlayStation o Wii	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
g. Jugando en una computadora (portátil o de escritorio)	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
h. Jugando en un reproductor de mano para juegos como GameBoy, PSP o Nintendo DS	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
i. Jugando a juegos en el teléfono celular, iPod o iPad	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
j. Viendo videos o programas de televisión en una computadora (NO un reproductor de DVD)	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
k. Usando un programa (software) educativo en una computadora (no juegos)	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
l. Haciendo tareas del colegio en una computadora	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
m. Viendo videos o programas de televisión en dispositivos de mano como un teléfono celular, iPod o iPad	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
n. Haciendo alguna otra cosa en la computadora (fotos, gráficos, redes sociales, otras actividades)	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min
o. Utilizando otros tipos de aplicaciones en un teléfono celular, iPod o iPad	0 ☐	1 ☐	☐☐ Hrs ☐☐ Min

13. ¿Con qué frecuencia, si alguna vez, hace usted alguna de las siguientes?:	**A menudo**	**Algunas veces**	**Casi nunca**	**Nunca**
a. Deja que su niña/o juegue con su GameBoy, PSP o Nintendo DS cuando salen juntos a hacer gestiones (diligencias, mandados, encargos)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. Le da a su niña/o su teléfono móvil, iPod o iPad para que juegue cuando salen juntos a hacer gestiones (diligencias, mandados, encargos)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. Le da a su niña/o audífonos y un video para que lo vea cuando tiene que acompañarle a una reunión, una clase u otra actividad	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. Usa un equipo electrónico para mantener al niño ocupado mientras hace las tareas del hogar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
e. Usa algún equipo electrónico para mantenerse **USTED** ocupada mientras está afuera jugando con su niña/o (por ejemplo, su teléfono móvil, iPod o iPad mientras están en el parque de juegos o parque infantil)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
f. Graba programas de televisión para que su niña/o los vea después en el televisor	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
g. Compra programas de televisión en línea (online) para su niña/o	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
h. Pone un DVD en el carro (auto) cuando va a algún sitio con su niña/o	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child's Sleep Habits (CSHS)

ID NUMBER:									FORM CODE: CSHE VERSION: 1, 4/18/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

*Las siguientes afirmaciones se refieren a los hábitos de su niña(o) a la hora de dormir y los posibles problemas que pueda tener. Piense en la **semana pasada** de la vida de su niña(o) al responder a las preguntas. Si la **semana pasada** fue una semana fuera de lo normal por algún motivo, como por ejemplo: que la(el) niña(o) tuviera una infección de oído y no durmiera bien o que el televisor estuviera dañado; elija la semana típica más reciente*.

Respuestas: ***Siempre** si sucede todas las noches.*
***Usualmente** si sucede de 5 a 6 veces a la semana.*
***Algunas veces** si sucede 2 a 4 veces a la semana.*
***Raras veces** si sucede 1 vez a la semana.*
***Nunca** si no sucede.*

A. BEDTIME

1. ¿A qué hora se acuesta usualmente su niña(o) en la semana? __ __ : __ __ (HH:MM 24hr format)
2. ¿A qué hora se acuesta usualmente su niña(o) en el fin de semana? __ __ : __ __ (HH:MM 24hr format)

Durante la semana pasada (o la última semana normal)	**Siempre** (todas las noches)	**Usualmente** (5-6 veces en semana)	**Algunas veces** (2-4 veces en semana)	**Raras veces** (1 vez en semana)	**Nunca** (0 vez en semana)
3. La(el) niña(o) se acuesta a la misma hora todas las noches.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. La(el) niña(o) se queda dormido antes de 20 minutos después de irse a la cama.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. La(el) niña(o) se queda dormida(o) sola(o) en su propia cama.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. La(el) niña(o) se queda dormida(o) en la cama de los padres o de un hermano.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. La(el) niña(o) se queda dormida(o) con movimientos de vaivén (mecer) o rítmicos.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. La(el) niña(o) necesita un objeto especial para quedarse dormida(o) (muñeco, una manta especial, peluche, etcétera).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. La(el) niña(o) necesita que uno de los padres esté en la habitación para poderse dormir.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. La(el) niña(o) se resiste a irse a dormir a la hora de acostarse.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

11. La(el) niña(o) tiene miedo de dormir en la oscuridad. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

B. SLEEP BEHAVIOR

12. ¿Cuánto tiempo duerme su niña(o) cada día (combinando lo que duerme en la noche y siestas)?:

__ __ horas y __ __ minutos

Durante la semana pasada (o la última semana normal)	**Siempre** (todas las noches)	**Usualmente** (5-6 veces en semana)	**Algunas veces** (2-4 veces en semana)	**Raras veces** (1 vez en semana)	**Nunca** (0 vez en semana)
13. La(el) niña(o) duerme más o menos la misma cantidad de horas todos los días.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
14. La(el) niña(o) está inquieto y se mueve mucho mientras duerme.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
15. La(el) niña(o) se pasa a la cama de otra persona durante la noche (padres, hermanos, etc.)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
16. La(el) niña(o) rechina los dientes cuando duerme (es posible que el dentista ya se lo haya dicho).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
17. La(el) niña(o) ronca muy fuerte.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
18. La(el) niña(o) se despierta durante la noche sudando, gritando e inconsolable.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
19. La(el) niña(o) toma siestas durante el día. **[If=5 Go To Question 20]**	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

a. ¿Cuál es la cantidad total de horas y minutos de las siestas? __ __ horas y __ __ minutos

C. WAKING DURING THE NIGHT

Durante la semana pasada (o la última semana normal)	**Siempre** (todas las noches)	**Usualmente** (5-6 veces en semana)	**Algunas veces** (2-4 veces en semana)	**Raras veces** (1 vez en semana)	**Nunca** (0 vez en semana)
20. La(el) niña(o) se despierta una vez durante la noche.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
21. La(el) niña(o) se despierta más de una vez durante la noche.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

D. MORNING WAKE UP

22. ¿A qué hora se despierta su niña(o) normalmente en las mañanas los días de la semana?

__ __ : __ __ (HH:MM 24hr format)

23. ¿A qué hora se despierta su niña(o) normalmente en las mañanas los fines de semana?

ID NUMBER:									FORM CODE: CSHS VERSION: 1, 4/18/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

__ __ : __ __ (HH:MM 24hr format)

Durante la semana pasada (o la última semana normal)	**Siempre** (todas las noches)	**Usualmente** (5-6 veces en semana)	**Algunas veces** (2-4 veces en semana)	**Raras veces** (1 vez en semana)	**Nunca** (0 vez en semana)
24. La(el) niña(o) se despierta solo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
25. La(el) niña(o) se despierta muy temprano en la mañana (o más temprano de lo necesario o deseado).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
26. La(el) niña(o) aparenta estar cansado durante las horas del día.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
27. La(el) niña(o) se queda dormido mientras está participando en actividades.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Home Food Inventory Questionnaire (HFIS)

ID NUMBER:									FORM CODE: HFIS VERSION:1, 3/12/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Inventario de los alimentos en su casa

Mire en los lugares de la casa en los que guarda comida, como pueden ser el refrigerador, el congelador, la despensa, los armarios y otras áreas de almacenamiento (lista en ese orden). Marque "sí" o "no" para cada alimento, artículo o categoría a continuación.

Marque "sí" según vaya completando este formulario cuando encuentre el alimento, artículo o categoría en cualquier lugar de su casa, ya sea abierto o sin abrir. Marque "no" según vaya completando este formulario cuando no encuentre el alimento, artículo o categoría en ningún lugar de su casa.

Los productos bajos en grasa están etiquetados como "reduced-fat" (grasa reducida), "low-fat" (bajo en grasa), "light" (ligera), "nonfat" (sin grasa) o "skim" (descremado) y son intercambiables.

1. ¿Tiene **queso** en casa? No 0 ☐ **[Go To Question 2]** Sí 1 ☐

Si lo tiene, especifique el tipo.	**No**	**Sí**
a. Queso regular rallado o en bloque (por ejemplo: americano, cheddar)	0 ☐	1 ☐
b. Queso regular rebanado (por ejemplo: americano, cheddar)	0 ☐	1 ☐
c. Queso bajo en grasa triturado o en bloque (por ejemplo: cheddar bajo en grasa)	0 ☐	1 ☐
d. Queso bajo en grasa rebanado (por ejemplo: cheddar o suizo bajos en grasa)	0 ☐	1 ☐
e. Queso de hebra (hilo, por ejemplo: Oaxaca)	0 ☐	1 ☐
f. Queso mozzarella	0 ☐	1 ☐
g. Queso regular ricotta o cottage (con un mínimo de 4% de grasa)	0 ☐	1 ☐
h. Queso ricotta o cottage bajo en grasa (2% o "low fat" en la etiqueta)	0 ☐	1 ☐
i. Queso crema regular	0 ☐	1 ☐
j. Queso crema o neufchatel bajo en grasa	0 ☐	1 ☐
k. Cheez Whiz, Velveeta, queso en lata y quesos similares	0 ☐	1 ☐

2. ¿Tiene usted **leche o productos lácteos** en su casa (en la sección "Otras bebidas" están las bebidas que no llevan leche) No 0 ☐ **[Go To Question 3]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Leche descremada	0 ☐	1 ☐
b. Leche baja en grasa al 1% o 2%	0 ☐	1 ☐
c. Leche entera	0 ☐	1 ☐
d. Half and Half, crema batida o crema espesa	0 ☐	1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
e. Crema agria o dip de crema agria con o sin queso	0 ☐	1 ☐
f. Crema agria baja en grasa o dip de crema agria con o sin queso bajo en grasa	0 ☐	1 ☐
g. Leche con chocolate o con otros sabores	0 ☐	1 ☐
h. Yogur bajo en grasa (con o sin fruta)	0 ☐	1 ☐
i. Yogur regular (hecho con leche entera, con o sin fruta)	0 ☐	1 ☐
j. Bebidas de yogur bajas en grasa	0 ☐	1 ☐

3. ¿Tiene usted **mantequilla**, **margarina** y **aceite** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 4]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Mantequilla regular	0 ☐	1 ☐
b. Mantequilla dietética (ligera, light)	0 ☐	1 ☐
c. Margarina regular o sustituto de mantequilla	0 ☐	1 ☐
d. Margarina dietética (ligera, light) o sustituto de mantequilla dietética (ligera, light)	0 ☐	1 ☐
e. Aceite de oliva	0 ☐	1 ☐
f. Aceite vegetal (por ejemplo: aceite de canola, aceite de maíz)	0 ☐	1 ☐
g. Aceite de semillas (por ejemplo: semillas de girasol, de sésamo o ajonjolí)	0 ☐	1 ☐
h. Manteca de cerdo o de tipo vegetal	0 ☐	1 ☐

4. ¿Tiene usted **aderezo para ensaladas** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 5]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Aderezo normal (por ejemplo: queso azul o blue cheese, salsa César, salsa ranchera)	0 ☐	1 ☐
b. Aderezo bajo en grasa (ligero, light) (por ejemplo: queso azul/blue cheese o italiano ligero)	0 ☐	1 ☐

5. ¿Tiene usted **condimentos** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 7]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Mayonesa regular	0 ☐	1 ☐
b. Mayonesa dietética (baja en grasa, light)	0 ☐	1 ☐
c. Miracle Whip u otras salsas para untar en los sándwiches	0 ☐	1 ☐
d. Mostaza	0 ☐	1 ☐
e. Kétchup (salsa de tomate)	0 ☐	1 ☐

6. ¿Qué otros **condimentos** (por ejemplo: salsa barbacoa (BBQ), salsa de rábano picante, salsa tártara, salsa para filetes) calcula que tiene en su casa? *(marque solo una respuesta)*

Ninguno = 0 ☐ 1-5 = 1 ☐ 6-10 =2 ☐ Mas que 10 = 3 ☐

7. ¿Tiene **vegetales (verduras)** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 8]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Espárragos	0 ☐	1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
b. Remolacha (betabel)	0 ☐	1 ☐
c. Pimientos (verdes, rojos, pimientos morrones, etc.)	0 ☐	1 ☐
d. Brócoli	0 ☐	1 ☐
e. Col (repollo)	0 ☐	1 ☐
f. Coliflor	0 ☐	1 ☐
g. Zanahorias	0 ☐	1 ☐
h. Apio	0 ☐	1 ☐
i. Maíz (elote, choclo)	0 ☐	1 ☐
j. Pepino	0 ☐	1 ☐
k. Judías verdes (ejotes, habichuelas verdes)	0 ☐	1 ☐
l. Lechuga (por ejemplo: romana, endivia)	0 ☐	1 ☐
m. Champiñones (setas, hongos)	0 ☐	1 ☐
n. Arvejas (chícharos, guisantes)	0 ☐	1 ☐
o. Papas	0 ☐	1 ☐
p. Espinacas y otras verduras verdes (acelgas)	0 ☐	1 ☐
q. Calabacín (por ejemplo: calabacetes, calabacines)	0 ☐	1 ☐
r. Boniatos/batatas (camotes)	0 ☐	1 ☐
s. Tomates	0 ☐	1 ☐
t. Verduras mixtas (vegetales mixtos)	0 ☐	1 ☐
u. Calabaza	0 ☐	1 ☐
v. Plátanos (plátano macho)	0 ☐	1 ☐

8. ¿Tiene usted **<u>frutas</u>** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 9]** Sí 1 ☐

Si las tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Manzanas	0 ☐	1 ☐
b. Puré de manzana	0 ☐	1 ☐
c. Albaricoques (chabacanos, durazno, melocotón)	0 ☐	1 ☐
d. Aguacates (palta)	0 ☐	1 ☐
e. Bananas (guineos, plátano)	0 ☐	1 ☐
f. Moras azules (arándano azul, blueberries)	0 ☐	1 ☐
g. Arándanos (cranberries)	0 ☐	1 ☐
h. Uvas (rojas o verdes)	0 ☐	1 ☐
i. Toronja (pomelo)	0 ☐	1 ☐
j. Mandarinas/clementinas	0 ☐	1 ☐
k. Fresa (frutilla)	0 ☐	1 ☐
l. Papaya (fruta bomba o lechosa)	0 ☐	1 ☐
m. Naranja dulce (china)	0 ☐	1 ☐

9. ¿Tiene usted **carnes frías y salchichas** en casa? No 0 ☐ **[Go To Question 10]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Pollo o pavo en rebanadas	0 ☐	1 ☐
b. Jamón, carne asada en rebanadas (roast beef)	0 ☐	1 ☐
c. Boloña (mortadela)	0 ☐	1 ☐
d. Salami, salchicha que no necesita refrigeración (embutido), pepperoni	0 ☐	1 ☐
e. Beicon (tocino, tocineta, panceta), salchicha de desayuno	0 ☐	1 ☐

10. ¿Tiene usted **carne y otras proteínas (frescas, congeladas, en lata o en frasco)** en su casa?
No 0 ☐ **[Go To Question 11]** Sí 1 ☐

Si las tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Pollo o pavo (por ejemplo: hamburguesas, pechugas, pollo entero)	0 ☐	1 ☐
b. Res, cerdo, cordero (por ejemplo: hamburguesas, filetes, rotizado, chuletas)	0 ☐	1 ☐
c. Tofu, seitán, tempe, proteína vegetal texturizada (TVP)	0 ☐	1 ☐
d. Hamburguesas vegetarianas	0 ☐	1 ☐
e. Pescado (por ejemplo: atún, salmón o bacalao en lata, empaquetados, frescos o congelados)	0 ☐	1 ☐
f. Moluscos (por ejemplo: camarones, callos de hacha, vieiras, cangrejo)	0 ☐	1 ☐
g. Lentejas	0 ☐	1 ☐
h. Frijoles/habichuelas (por ejemplo: negros, pintos, rojos)	0 ☐	1 ☐
i. Mantequilla de maní u otras mantequillas de nueces	0 ☐	1 ☐
j. Huevos	0 ☐	1 ☐

11. ¿Tiene usted **postres congelados (solo cosas como helado o yogur)** en su casa?
No 0 ☐ **[Go To Question 12]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Helado regular (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
b. Helado bajo en grasa (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
c. Yogur congelado (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
d. Postres congelados hechos de helado o pudín (budín)	0 ☐	1 ☐
e. Postres congelados hechos de leche, yogur o sorbete	0 ☐	1 ☐
f. Paletas de jugos (zumo) de fruta congeladas	0 ☐	1 ☐
g. Postres congelados de soja o arroz	0 ☐	1 ☐

12. ¿Tiene usted alimentos congelados para **cocinar en microondas o para cocinar al instante** en su casa?
No 0 ☐ **[Go To Question 13]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Pizza (cualquier variedad)	0 ☐	1 ☐
b. Hot Pockets (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
c. Rollitos de pizza o bocados de rosca/bagel (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
d. Burritos u otros refrigerios (snacks) mexicanos	0 ☐	1 ☐
e. Nuggets de pollo	0 ☐	1 ☐

f. Papas fritas o tater tots (croquetas de puré de papas) 0 ☐ 1 ☐

g. Rollitos de huevo (egg rolls) 0 ☐ 1 ☐

h. Fideos ramen (tipo de fideo chino/japonés) 0 ☐ 1 ☐

13. ¿Tiene usted **pan** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 14]** Sí 1 ☐

Si lo tiene, indique cuál.	**No**	**Sí**
a. Pan o panecillos integrales	0 ☐	1 ☐
b. Pan o panecillos blancos (por ejemplo: baguette, bolillo)	0 ☐	1 ☐
c. Muffins (magdalenas) ingleses (integral)	0 ☐	1 ☐
d. Muffins (magdalenas) ingleses (blancos)	0 ☐	1 ☐
e. Rosca (bagels) integrales	0 ☐	1 ☐
f. Rosca (bagels) blancos o de cualquier sabor	0 ☐	1 ☐
g. Tortillas (integrales, grano germinado)	0 ☐	1 ☐
h. Tortillas de harina (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
i. Tortillas de maíz	0 ☐	1 ☐
j. Pan de pita (integral, grano germinado)	0 ☐	1 ☐
k. Pan de pita (blanco, cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
l. Cruasanes (el croissant, la medialuna, cuernitos)	0 ☐	1 ☐

14. ¿Tiene usted **postres preparados *(sin contar las mezclas de caja sin preparar)*** en su casa?

No 0 ☐ **[Go To Question 15]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Galletas regulares (cualquier sabor o variedad)	0 ☐	1 ☐
b. Galletas bajas en grasa (cualquier sabor o variedad)	0 ☐	1 ☐
c. Pastelitos (cupcakes, magdalenas) regulares (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
d. Pastelitos (cupcakes, magdalenas) bajos en grasa (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
e. Muffins (magdalenas) regulares (cualquier sabor o variedad)	0 ☐	1 ☐
f. Brownies o barras dulces (cualquier variedad)	0 ☐	1 ☐
g. Otros pasteles de merienda (cualquier variedad)	0 ☐	1 ☐
h. Pasteles, rollitos dulces, donas (pan dulce o bizcocho)	0 ☐	1 ☐

15. ¿Tiene usted ***chips*, galletas saladas y otros refrigerios** en su casa?

No 0 ☐ **[Go To Question 17]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Galletitas saladas integrales (que la caja diga "whole grain" o "whole wheat", por ejemplo: Triscuit)	0 ☐	1 ☐
b. Galletitas regulares (por ejemplo: Saltines, Wheat Thins)	0 ☐	1 ☐
c. Galletitas bajas en grasa (por ejemplo: Reduced Fat Wheat Thins)	0 ☐	1 ☐
d. Chips de papa regulares (potato chips)	0 ☐	1 ☐
e. Chips de papas bajos en grasa (por ejemplo: Baked Lays, horneados)	0 ☐	1 ☐
f. Chips de maíz (por ejemplo: Fritos, Doritos)	0 ☐	1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.		**No**	**Sí**
g.	Chips de tortilla (nachos, totopos)	0 ☐	1 ☐
h.	Chips de tortilla (nachos, totopos) bajos en grasa (por ejemplo: Baked Lays, horneados)	0 ☐	1 ☐
i.	Snacks de queso (chetos,cheese curls o pufs)	0 ☐	1 ☐
j.	Snacks de queso bajos en grasa (por ejemplo: Baked Cheetos, horneados)	0 ☐	1 ☐
k.	Chips de rosquilla (bagel) regulares	0 ☐	1 ☐
l.	Chips de rosquilla (bagel) bajos en grasa	0 ☐	1 ☐
m.	Galletas Graham	0 ☐	1 ☐
n.	Pretzels, cualquier forma	0 ☐	1 ☐
o.	Palomitas de maíz (bolsas para microondas o ya listas para comer)	0 ☐	1 ☐
p.	Maní, anacardos (nueces de la India, cashew) u otras nueces	0 ☐	1 ☐
q.	Barritas de granola, barritas para deportistas regulares	0 ☐	1 ☐
r.	Barritas de granola, barritas para deportistas bajas en grasa	0 ☐	1 ☐

16. ¿Están algunos de los ***chips*, galletitas saladas y otros refrigerios** que marcó anteriormente en paquetes pequeños o de una porción *(no cuente las barritas de granola, las barritas deportivas ni las barras de suplemento alimenticio)*? No 0 ☐ Sí 1 ☐

17. ¿Tiene usted **cereal de desayuno seco** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 21]** Sí 1 ☐

18. ¿Cuántos **cereales listos para comer** tiene usted que digan "whole grain", "whole wheat" (integral) o tengan **3 gramos de fibra por lo menos** por ración? *(Marque una respuesta)*

Ninguno 0 ☐ Uno 1 ☐ Dos o Tres 2 ☐ Cuatro o mas 3 ☐

19. ¿Cuántos cereales listos para comer indican en la etiqueta de nutrición que tienen **menos de 6 gramos de azúcar por porción**? *(Marque una respuesta)*

Ninguno 0 ☐ Uno 1 ☐ Dos o Tres 2 ☐ Cuatro o mas 3 ☐

20. ¿Cuántos cereales listos para comer indican en la etiqueta de nutrición que tienen **6 o más gramos de azúcar por porción**? *(Marque una respuesta)*

Ninguno 0 ☐ Uno 1 ☐ Dos o Tres 2 ☐ Cuatro o mas 3 ☐

21. ¿Tiene usted **bebidas *(sin contar las alcohólicas)*** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 22]** Sí 1 ☐

Si las tiene, indique cuáles.		**No**	**Sí**
a.	Refrescos regulares (cualquier variedad, sabor)	0 ☐	1 ☐
b.	Refrescos de dieta (cualquier variedad, sabor)	0 ☐	1 ☐
c.	Té o limonada preparados (por ejemplo: Snapple)	0 ☐	1 ☐
d.	Té o limonada preparados de dieta (por ejemplo: Snapple)	0 ☐	1 ☐
e.	Bebidas para deportistas (por ejemplo: Gatorade)	0 ☐	1 ☐
f.	100% Jugo (zumo) de fruta (que diga "100% juice")	0 ☐	1 ☐
g.	Bebidas de fruta (por ejemplo: menos del 100% de jugo, Capri Sun)	0 ☐	1 ☐
h.	Agua embotellada (sin azúcares, cualquier variedad, sabor)	0 ☐	1 ☐

i. Leche de soja, leche de arroz (cualquier variedad, sabor) 0 ☐ 1 ☐

22. ¿Tiene usted **dulces** en su casa? No 0 ☐ **[Go To Question 23]** Sí 1 ☐

Si los tiene, indique cuáles.	**No**	**Sí**
a. Dulces de chocolate (cualquier variedad, excepto el chocolate usado para hornear)	0 ☐	1 ☐
b. Dulces o caramelos	0 ☐	1 ☐
c. Caramelos de goma (gomitas)	0 ☐	1 ☐
d. Rollups, snacks de fruta u otros dulces de fruta	0 ☐	1 ☐
e. Caramelos blandos (por ejemplo: Skittles, tofe)	0 ☐	1 ☐

23. Mire en su cocina (los mostradores, encima del refrigerador, la mesa) e indique cuáles de los siguientes artículos están **visibles y fáciles de alcanzar sin mover nada a su alrededor**.

Indique los que puede ver.	**No**	**Sí**
a. Fruta fresca	0 ☐	1 ☐
b. Fruta en lata o seca	0 ☐	1 ☐
c. Vegetales (verduras) frescos	0 ☐	1 ☐
d. Galletitas saladas, pretzels, chips, palomitas regulares	0 ☐	1 ☐
e. Galletitas saladas, pretzels, chips, palomitas bajos en grasa	0 ☐	1 ☐
f. Cereal seco	0 ☐	1 ☐
g. Pan o panecillos	0 ☐	1 ☐
h. Refrescos regulares	0 ☐	1 ☐
i. Refrescos de dieta	0 ☐	1 ☐
j. Dulces	0 ☐	1 ☐
k. Galletas, pasteles, bizcochos, cupcakes, magdalenas regulares	0 ☐	1 ☐
l. Galletas, pasteles, bizcochos, cupcakes, magdalenas bajos en grasa	0 ☐	1 ☐

24. Ahora abra el refrigerador. ¿Cuáles de los siguientes artículos están **visibles y fáciles de alcanzar sin mover nada a su alrededor**?

Indique los que puede ver.	**No**	**Sí**
a. Leche descremada (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
b. Leche baja en grasa al 1% o 2% (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
c. Leche entera (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
d. Jugo de fruta 100% (cualquier sabor)	0 ☐	1 ☐
e. Jugos de fruta/bebidas para deportistas (no jugo 100%)	0 ☐	1 ☐
f. Refrescos regulares	0 ☐	1 ☐
g. Refrescos de dieta	0 ☐	1 ☐
h. Agua embotellada o envasada	0 ☐	1 ☐
i. Queso regular (por ejemplo: americano, cheddar, suizo, parmesano)	0 ☐	1 ☐
j. Queso bajo en grasa (por ejemplo: cheddar bajo en grasa, suizo bajo en grasa)	0 ☐	1 ☐
k. Yogur bajo en grasa con o sin fruta	0 ☐	1 ☐

Indique los que puede ver.	**No**	**Sí**
l. Yogur regular de leche entera, con o sin fruta	0 ☐	1 ☐
m. Bebidas de yogur bajas en grasa	0 ☐	1 ☐
n. Vegetales (verduras) frescos listos para comer	0 ☐	1 ☐
o. Fruta fresca lista para comer	0 ☐	1 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Hospitalizations Questionnaire (HSPS)

ID NUMBER:									FORM CODE: CHQS VERSION: 1, 4/17/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #		

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐ 0c. Hospitalizations: ☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

[This is a multiple occurrence form. Enter each child hospitalization reported from the Child Health Questionnaire (CHQE/S) as a separate occurrence.]

1. Fecha de la visita: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

2. ¿Cuántos días en total pasó su niña/o en el hospital? ___ ___

3. ¿Cuál fue el motivo de la hospitalización? [*select all that apply*]:	**No**	**Sí**
a. Lesión/Accidente	0 ☐	1 ☐
b. Diagnóstico de bronquiolitis, virus respiratorio sincitial (RSV por sus siglas en inglés), neumonía (pulmonía)	0 ☐	1 ☐
c. Fiebre como único síntoma	0 ☐	1 ☐
d. Enfermedad general (por ejemplo, diarrea, vómitos, resfriado, gripe)	0 ☐	1 ☐
e. Afección médica continua o crónica (asma, diabetes, etc.)	0 ☐	1 ☐
f. Inconsolable / Llanto	0 ☐	1 ☐
g. Reacción alérgica / Reacción adversa a un medicamento / Insolación o golpe de calor	0 ☐	1 ☐
h. Dificultades respiratorias/respiración entrecortada	0 ☐	1 ☐
i. Otro	0 ☐	1 ☐

i1. Especifique: _____

4. ¿Ha sido su niña/o hospitalizado además de esta ocasión? No 0 ☐ **[END FORM]** Yes 1 ☐

[If Yes, create another occurrence of this form (Child Hospitalizations Form – HSPS) for every hospitalization reported. Continue to enter HSPS forms until all hospitalizations have been recorded.]

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research

Mother Acculturation Stress (MASS)

ID NUMBER:									FORM CODE: MASS VERSION: 1, 4/17/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Para la siguiente serie de preguntas, por favor piense acerca de sus experiencias en los Estados Unidos durante el último año.

[select only one]	**Nunca**	**Muy poco**	**Modera-damente**	**Muy a menudo**	**Casi siempre**
1. ¿Con qué frecuencia ha sido difícil para usted llevarse bien con los demás porque no habla buen inglés?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. ¿Con qué frecuencia ha sido difícil para usted tener éxito en el trabajo debido a problemas para comprender el inglés?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas con su familia porque prefiere costumbres de los Estados Unidos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. ¿Con qué frecuencia siente que preferiría ser más americano/a si pudiera elegir?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. ¿Con qué frecuencia se enoja con sus niños porque no conocen el modo de vivir en los Estados Unidos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. ¿Con qué frecuencia se siente incómodo/a al tener que elegir entre el modo de hacer las cosas de los hispanos/latinos y los no-hispanos/latinos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. ¿Con qué frecuencia usted no le agrada a la gente por ser hispano/latino?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. ¿Con qué frecuencia es tratado injustamente en el trabajo por ser hispano/latino?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. ¿Con qué frecuencia ve que sus amigos son tratados mal por ser hispanos/latinos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Modified Food Addiction Evaluation (MFAS)

ID NUMBER:									FORM CODE: MFAS VERSION: 1, 6/18/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Field Status to "Refuse", "No Response", "Missing", etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

Le voy a leer una lista de algunas de las conductas y emociones que puede haber experimentado. Indique la frecuencia con la que se sintió de esa manera en los últimos 12 meses. Responda "nunca", "una vez al mes", "de 2 a 4 veces al mes", "2 o 3 veces por semana" o "4 o más veces por semana o a diario". Elija una de estas categorías para cada afirmación que le lea.

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:	Nunca	Una vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana o a diario
1. Me encuentro consumiendo ciertos alimentos aunque no tenga hambre.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
2. Me preocupo por reducir el consumo de ciertos alimentos.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
3. Me siento perezosa o fatigada cuando como demasiado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. He tenido que dedicar tiempo a enfrentar sentimientos negativos sobre comer ciertos alimentos en exceso, en lugar de dedicarlo a actividades importantes, como pasar tiempo con la familia, los amigos, en el trabajo o en la recreación.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. He tenido síntomas físicos de abstinencia, tal como inquietud (desasosiego) y ansiedad, cuando reduzco el consumo de ciertos alimentos. (NO incluya bebidas con cafeína, como café, té, cola, bebidas energéticas, etc.).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:	No	Si
6. Seguí consumiendo las mismas cantidades o tipos de alimentos, a pesar de los problemas emocionales y/o físicos significativos relacionados con mi alimentación.	0 ☐	1 ☐
7. Comer la misma cantidad de alimentos no reduce las emociones negativas ni aumenta los sentimientos placenteros como solía hacerlo.	0 ☐	1 ☐

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:	Nunca	Una vez al mes	De 2 a 4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana o a diario
8. Mi conducta con respecto a la comida y al comer es causa de una angustia significativa.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. He experimentado problemas significativos en mi capacidad de funcionar efectivamente (con mis rutinas diarias, trabajo/estudios, actividades familiares, dificultades médicas) debido a la comida y alimentación.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Child Feeding Habits (PATS)

ID NUMBER:									FORM CODE: PATS VERSION: 1, 3/26/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

Ahora nos gustaría hacerle unas preguntas sobre el transporte de su niña/o para ir a la guardería, el preescolar o la escuela.

1. ¿Va su niña/o a la guardería, el preescolar o la escuela? No 0 ☐ **[Go To Question 4]** Sí 1 ☐

a. ¿A cuál va? Guardería 1 ☐ Preescolar 2 ☐ Escuela 3 ☐
[Escuela es del grado 1 al 5]

2. ¿Cómo suele **llegar** su niña/o a la guardería, el preescolar o la escuela?

Caminando 1 ☐
En bicicleta sin acompañante 2 ☐
En la bicicleta de un adulto responsable 3 ☐
En el autobús escolar o en transporte público 4 ☐
En carro (auto) o motocicleta 5 ☐
Otro 6 ☐

a. Si otro, especifique: _____

b. Tiempo que le toma en **llegar** a la guardería, el preescolar o a la escuela: Hrs ___ ___ Mins ___ ___

3. ¿Cómo suele **regresar** su niña/o de la guardería, el preescolar o la escuela?

Caminando 1 ☐
En bicicleta sin acompañante 2 ☐
En la bicicleta de un adulto responsable 3 ☐
En el autobús escolar o en transporte público 4 ☐
En carro (auto) o motocicleta 5 ☐
Otro 6 ☐

a. Si otro, especifique: _____

b. Tiempo que le toma **regresar** a la casa: Hrs ___ ___ Mins ___ ___

ID NUMBER:									FORM CODE: PATS VERSION: 1, 3/26/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

En las siguientes preguntas, cuando hablamos de ACTIVIDAD FÍSICA, incluyendo practicar un deporte o hacer ejercicio, nos referimos a lo siguiente: Actividades que SU NIÑA/O hace antes y después de la escuela que causen que respire más rápidamente o que sude.

[Algunos ejemplos de actividades físicas son caminar, montar en bicicleta, jugar en el parque infantil, participar en deportes de equipo como el fútbol, y en actividades organizadas como nadar o ir a clases de baile].

4. ¿Es su niña/o miembro de un equipo o club deportivo? No 0 ☐ **[Go To Question 7]** Sí 1 ☐

5. ¿Cuánto tiempo, **a la semana**, pasa su niña/o haciendo deporte con su equipo o club?

   ___ ___ horas ___ ___ minutos

6. ¿Qué deporte practica su niña/o con el equipo o club?

[Select all that apply]	**No**	**Sí**
a. Ciclismo	0 ☐	1 ☐
b. Fútbol americano	0 ☐	1 ☐
c. Fútbol (Soccer)	0 ☐	1 ☐
d. Tenis	0 ☐	1 ☐
e. Baloncesto	0 ☐	1 ☐
f. Voleibol	0 ☐	1 ☐
g. Natación	0 ☐	1 ☐
h. Carreras	0 ☐	1 ☐
i. Artes marciales	0 ☐	1 ☐
j. Béisbol	0 ☐	1 ☐
k. Lacrosse	0 ☐	1 ☐
l. Baile	0 ☐	1 ☐
m. Gimnasia	0 ☐	1 ☐
n. Otro	0 ☐	1 ☐

n1. Si otro, especifique:_____

Ahora nos gustaría saber cuánto tiempo pasa su niña/o *haciendo actividades físicas en el interior o exterior (al aire libre) durante un día normal en la semana y durante un día normal en el fin de semana:*

	Día de la Semana normal	Día del Fin de Semana normal
7. Jugar en el interior, moviéndose libremente	☐☐ Hrs ☐☐ Min	☐☐ Hrs ☐☐ Min
8. Jugar en el exterior (al aire libre)	☐☐ Hrs ☐☐ Min	☐☐ Hrs ☐☐ Min

FLOR

HCHS/SOL FLOR - Family Lifestyle Outcomes Research
Reward Based Eating Drive (REDS)

ID NUMBER:									FORM CODE: REDS VERSION: 1, 6/18/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Field Status to "Refuse", "No Response", "Missing", etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

Le voy a leer una lista de algunas de las conductas y emociones que puede haber experimentado. Indique la frecuencia con la que se sintió de esa manera en la última semana. Responda diciendo "completamente en desacuerdo", "en desacuerdo", "ni de acuerdo ni en desacuerdo", "de acuerdo" o "completamente de acuerdo". Elija una de estas categorías para cada afirmación que le lea.

Lea cada pregunta e indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo.	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me siento fuera de control ante la presencia de comida deliciosa.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Cuando empiezo a comer, me parece que no puedo parar.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Me cuesta dejar comida en mi plato.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Cuando se trata de alimentos que me gustan, no tengo fuerza de voluntad.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Me da tanta hambre que a menudo mi estómago parece un pozo sin fondo.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. No me lleno con facilidad.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Parece que la mayoría del tiempo que estoy despierta estoy pensando en comer o en no comer.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Hay días en los que no puedo pensar en otra cosa más que en la comida.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Siempre tengo la comida en la mente.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Tengo hambre todo el tiempo.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. No puedo dejar de pensar en comer aunque lo intente con todas mis fuerzas.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Me encuentro consumiendo ciertos alimentos aunque ya no tenga hambre.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13. Si me sabe bien la comida, como más de lo normal.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

HCHS/SOL FLOR- Family Lifestyle Outcomes Research
Child Feeding Habits (WBQS)

ID NUMBER:									FORM CODE: WBQS VERSION: 1, 3/20/2019	Contact Occasion	0	1	Occurrence #	0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: *Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.*

A. CES-D 10

Aquí le presento una lista de frases que describen cómo pudo haberse sentido o comportado. Por favor, indique con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada. Puede responder con 'raramente o ninguna vez', que significa menos de un día a la semana, 'algunas veces o pocas veces, que significa uno a dos días a la semana, 'ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado', que significa tres o cuatro días a la semana o 'la mayor parte del tiempo, que significa cinco a siete días a la semana. Escoja una opción para cada frase.

	Raramente o ninguna vez (<1 día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (3-4 días)	La mayor parte del tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
2. Tuve dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
3. Me sentí deprimido(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
4. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
5. Me sentí con esperanza en el futuro.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6. Me sentí con miedo.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7. Mi sueño fue inquieto.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8. Estuve contento(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9. Me sentí solo(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10. No tuve ganas de hacer nada.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

B. GAD-7

Durante las **últimas dos (2) semanas**, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas?

	Ninguna	Por varios días	Durante más de la mitad de los días	Casi todos los días
11. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
12. No poder dejar o controlar la preocupación	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
13. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
14. Problemas para relajarse	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
15. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
16. Molestarse o irritarse fácilmente.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
17. Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐