

Địa điểm khai báo y tế: TRƯỜNG THCS LẠC HỒNG

TỜ KHAI Y TẾ BẮT BUỘC

(Khai báo sức khỏe để chống dịch Covid-19)

Cùng chung tay bảo vệ sức khỏe cộng đồng, Anh/chị vui lòng cung cấp những thông tin sau:

Họ tên: Năm sinh:

Số điện thoại:

Địa chỉ nơi ở hiện tại:

- Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có đi đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào:

.....

- Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có tiếp xúc với:

	Có	Không
Có tiếp xúc với trường hợp bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có đi từ vùng có dịch bệnh COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có tiếp xúc với trường hợp đi về từ vùng dịch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có triệu chứng nào sau đây:

	Có	Không		Có	Không
Sốt			Đột ngột mất hoặc thay đổi khứu giác		
Ho			Đột ngột mất hoặc thay đổi vị giác		
Khó thở			Triệu chứng khác:.....		
Đau họng					

- Anh/chị có mắc bệnh mãn tính: Có Không

Ngày ... Tháng ... Năm 20...

Người khai ký tên