SỞ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

 **TRƯỜNG THCS LÊ VĂN TÁM**

**TỜ KHAI Y TẾ**

Lớp: ………

🞍 Họ tên (viết chữ in hoa)

🞍 Năm sinh: Giới tính: ……. Quốc tịch: ……………………………….

**🞍 Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam:**

 Địa chỉ nơi ở tại Việt Nam

 Điện thoại:

**🞍 Địa điểm đến bên ngoài TP. HCM từ ngày 02/02/2021 đến ngày khai báo y tế:** (nếu có)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| STT | Địa điểm ngoài TP.HCM đã đến | Phương tiện di chuyển | Từ ngày | Đến ngày |
| Tỉnh/Thành phố | Quận/Huyện | Xã, Phường /Thị Trấn |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**🞍 Trong vòng 21 ngày, anh /chị có:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Có | Không |
|  Tiếp xúc với người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19 Tiếp xúc với người đi về từ vùng dịch COVID-19 Đi đến vùng dịch COVID-19 | [ ][ ][ ] | [ ][ ][ ] |

**🞍 Trong vòng 14 ngày, anh /chị có thấy xuất hiện triệu chứng nào sau đây không?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Triệu chứng | Có | Không | Triệu chứng | Có | Không |
|  Sốt Ho Khó thở  Đau họng | [ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ] |  Nôn/buồn nôn  Tiêu chảy Xuất huyết ngoài da Nổi ban ngoài da Khác:…………………….. | [ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ] |

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

*TP. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2021*

(*Ký, ghi rõ họ tên­­­­­­­­­­­­­­*)