

TỜ KHAI Y TẾ

- Họ tên (viết chữ in hoa)
- Ngày tháng năm sinh: Giới tính: Quốc tịch:
- Địa chỉ nơi ở hiện nay:
- Số điện thoại liên lạc:

Stt	Câu hỏi	Có	Không
Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị:			
1	Có đến/quá/ở về từ quốc gia/vùng lãnh thổ*.....?		
2	Có đến/ở/về từ:**.....?		
3	Có tiếp xúc gần/chăm sóc ca bệnh hoặc nghi ngờ Covid-19 không?		
Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện triệu chứng nào sau đây không?			
1	Sốt		
2	Ho		
3	Khó thở		
4	Đau họng		
5	Đột ngột mất hoặc thay đổi vị giác		
6	Đột ngột mất hoặc thay đổi khứu giác		
7	Triệu chứng 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.

**Điền tên quốc gia/vùng lãnh thổ có ổ dịch đang hoạt động được cập nhật trên trang Web HCDC.*

***Điền tỉnh/thành/nơi ở Việt Nam có ổ dịch đang hoạt động được cập nhật trên trang Web HCDC.*

Ngày tháng 7 năm 2021
Người khai ký tên
(Ghi rõ họ tên)

.....