

TRƯỜNG THPT NGUYỄN CHÍ THANH**TỜ KHAI Y TẾ**

▪ Họ tên (viết chữ in hoa)Lớp.....

▪ 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 thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 01/4/2021 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	[]	[]	Nôn/buồn nôn	[]	[]
Ho	[]	[]	Tiêu chảy	[]	[]
Khó thở	[]	[]	Xuất huyết ngoài da	[]	[]
Đau họng	[]	[]	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.

Ngày tháng năm 2021
Ký tên