**Địa điểm khai báo y tế:** ……………………………………….

**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? | **🗆** | **🗆** |
| Có đi từ vùng có dịch bệnh COVID-19? | **🗆** | **🗆** |
| Có tiếp xúc với trường hợp đi về từ vùng dịch? | **🗆** | **🗆** |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Có** | **Không** |  | **Có** | **Không** |
| Sốt |  |  | Đột ngột mất hoặc thay đổi khướu 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…

Ngày … Tháng … Năm 20…

 **Người khai ký tên**

**Địa điểm khai báo y tế:** ……………………………………….

**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? | **🗆** | **🗆** |
| Có đi từ vùng có dịch bệnh COVID-19? | **🗆** | **🗆** |
| Có tiếp xúc với trường hợp đi về từ vùng dịch? | **🗆** | **🗆** |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Có** | **Không** |  | **Có** | **Không** |
| Sốt |  |  | Đột ngột mất hoặc thay đổi khướu 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**