1. Quý vị có tiếp xúc gần trực tiếp với một người được chẩn đoán là mắc bệnh coronavirus (COVID-19) không?

* Có
* Không
* Không biết

2. Quý vị có đi lại ngoài nước và đến một trong các khu vực sau đay trong 14 ngày qua không?

* Châu Phi
* Châu Á
* Úc
* Châu Âu
* Nam Mỹ
* Không đi lại

3. Sức khỏe của quý vị hôm nay thế nào?

* Tôi cảm thấy bệnh
* Tôi cảm thấy bình thường

4. Thân nhiệt của quý vị là bao nhiêu?

* Thân nhiệt cao hơn 100.4 °F (38 °C)
* Trên 65 tuổi và có thân nhiệt cao hơn 99.6 °F (37.5 °C)
* Tôi cảm thấy hơi sốt
* Tôi không biết
* Bình thường

5. Quý vị có bất kỳ triệu chứng nào sau đây không?

* Ho - ho khan (không có đàm)
* Ho - ho có đàm (có đàm)
* Thở dốc
* Thở khò khè
* Không thuộc trường hợp nào kể trên

6. Quý vị có bất kỳ triệu chứng nào sau đây không?

* Đau đầu
* Sổ mũi
* Ngứa mắt
* Chảy nước mắt
* Hắt hơi
* Không có triệu chứng nào kể trên

7. Có lựa chọn nào sau đây áp dụng cho quý vị không?

* Huyết áp cao/Cao huyết áp
* Bệnh tim
* Bệnh phổi
* Bệnh tiểu đường
* Hệ miễn dịch bị suy yếu do thuốc hoặc HIV
* Hiện đang sinh sống trong cơ sở dưỡng lão hoặc Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn
* Đang mang thai hoặc vừa sinh con trong vòng 2 tuần trở lại đây
* Không thuộc trường hợp nào kể trên

8. Quý vị bao nhiêu tuổi?

Chưa đến 20 tuổi

* 20 - 39
* 40 - 59
* 60 - 69
* 70 - 79
* 80 trở lên

9. Quý vị có phải là nhân viên cứu thương hoặc nhân viên y tế không?

* Có
* Không

Zip code :

**Quý vị có muốn cho biết địa điểm của quý vị cho các mục đích dịch tễ không?**

Biết thời điểm và nơi bùng phát dịch bệnh là vô cùng quan trọng để các cơ quan quản lý y tế địa phương theo dõi bệnh và khuyến cáo cách cộng đồng ứng phó.

Chúng tôi sẽ **chỉ** sử dụng địa điểm của quý vị cho các mục đích dịch tễ. Chúng tôi sẽ không lưu lại thông tin sức khỏe kín đáo (PHI).

* Nhấp vào để sử dụng địa điểm
* Nhập vào số zip code