

THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ
(PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19)

Họ tên (ghi chữ in hoa):

Số hộ chiếu /CMND:

Năm sinh (*):

Giới tính (*): Nam/ nữ

Quốc tịch:

Công ty làm việc:

Bộ phận làm việc:

Có thẻ bảo hiểm y tế: Có ☐ Không ☐

Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam

Tỉnh thành:

Quận/huyện:

Phường/xã:

Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội:

Điện thoại (*):

Email:

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều quốc gia):

.....

.....

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không? (*)

Triệu chứng	Có	Không
Sốt (*)		
Ho (*)		
Khó thở (*)		
Viêm phổi (*)		
Đau họng (*)		
Mệt mỏi (*)		

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với (*)

	Có	Không
Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 (*)		
Người từ nước có bệnh COVID-19 (*)		
Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi) (*)		

Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây (*)

Tên bệnh	Có	Không
Bệnh gan mãn tính (*)		
Bệnh máu mãn tính (*)		
Bệnh phổi mãn tính (*)		
Bệnh thận mãn tính (*)		
Bệnh tim mạch (*)		
Huyết áp cao (*)		
Suy giảm miễn dịch (*)		
Người nhận ghép tạng, Tủy xương (*)		
Tiểu đường (*)		
Ung thư (*)		

Hỏi thêm:

	Có	Không
Bạn có đang trong thời gian thai kỳ hay không? (*)		

TP. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2021

NGƯỜI KHAI
(Ký và ghi rõ họ tên)