

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

(Khuyến cáo: Khai báo thông tin sai là vi phạm pháp luật Việt Nam và có thể xử lý hình sự)

Họ tên (ghi chữ IN HOA).....

Số hộ chiếu /CMND/CCCD.....Năm sinh:.....

Giới tính: Nam/Nữ:.....Quốc tịch:.....Có thẻ bảo hiểm y tế:.....

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?			Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với		
Triệu chứng	Có	Không	Tiếp xúc	Có	Không
Sốt			Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19		
Ho			Người từ nước có bệnh COVID-19		
Khó thở			Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở , Viêm phổi)		
Viêm phổi					
Đau họng					
Mệt mỏi					

Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây	Có	Không	Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây	Có	Không
Bệnh gan mãn tính			Suy giảm miễn dịch		
Bệnh máu mãn tính			Người nhận ghép tạng, Thủy xương		
Bệnh phổi mãn tính			Tiểu đường		
Bệnh thận mãn tính			Ung thư		
Bệnh tim mạch			Huyết áp cao		

Đánh dấu “X” vào ô tương ứng.