**TỜ KHAI Y TẾ**

🞍 Họ tên:

🞍 Năm sinh: Giới tính: … … Quốc tịch:

**🞍 Địa chỉ liên lạc**

Số nhà ……..…..……….tổ …..………..khu ……..…..phường………….…………..

Số Điện thoại: ...…….

**🞍 Địa điểm đến từ ngày 16/6/2021 đến ngày 1/7/2021 khai báo y tế:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stt | Địa điểm 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  Ho  Khó thở  Đau họng | [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Nôn/buồn nôn  Tiêu chảy  Xuất huyết ngoài da  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 và ghi rõ họ tên)*