**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)*