

TỜ KHAI Y TẾ

1. Họ tên (ghi chữ IN HOA)

2. Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ

3. Quốc tịch: ☐ Việt Nam ☐ Khác:

4. Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam: Số nhà:, đường:

Tổ (thôn):, Phường/xã:

Quận/huyện:, Tỉnh/thành phố:

5. Điện thoại:

TRONG VÒNG 14 NGÀY QUA ÔNG/BÀ

6. Có sống hoặc có đến nơi có dịch lưu hành:

☐ Có (từ ngày/...../2021 đến ngày/...../2021) ☐ Không

Nếu có, cụ thể (thời gian, ngày nào đi đến xã, phường, huyện, tỉnh nào):

.....

.....

.....

7. Có tiếp xúc với người được xác định hoặc nghi ngờ nhiễm COVID-19

☐ Có (ngày tiếp xúc/...../.....) ☐ Không

8. Hiện đang có triệu chứng: ☐ Ho ☐ Sốt t° ☐ Khó thở

☐ Đau họng ☐ Khác:

☐ Không có triệu chứng

9. Có bệnh mạn tính: ☐ Gan ☐ Thận ☐ Phổi ☐ Tim mạch

☐ Cao huyết áp ☐ Tiểu đường ☐ Khác

☐ Không có bệnh mạn tính

Tôi cam kết thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp thông tin sai có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng.

Tôi sẽ thông báo với y tế địa phương tại nơi lưu trú và chịu trách nhiệm hoàn toàn về thông tin đã cung cấp.

Đà Nẵng, ngày tháng năm 2021

Người điền thông tin

(Kí và ghi rõ họ tên)