

THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ

(PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19)

Khai hộ:

Tự khai:

Họ tên: _____ Điện thoại: _____

Tên đơn vị nhà thầu: _____

Số hộ chiếu / CMND / CCCD: _____ Năm sinh: _____ Quốc tịch: _____

Địa chỉ nơi ở tại Việt Nam (Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội, phường/xã, quận, huyện, tỉnh/thành phố): _____

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có trở về từ nước ngoài hoặc tỉnh/ thành phố nào ngoài TP.HCM không?

Không

Có (Nếu có, nêu rõ:)

Trong vòng 14 ngày qua Anh/Chị có biểu hiện nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không
Sốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viêm phổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mệt mỏi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc gần với		
	Có	Không
Người bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Người trở về từ nước ngoài hoặc tỉnh thành, nơi có ổ dịch bệnh COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Người có biểu hiện Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật.

Người khai hộ ký và ghi rõ họ tên

Ngày ___ tháng ___ năm 20__

Người tự khai ký và ghi rõ họ tên