

**TỜ KHAI Y TẾ ĐỐI VỚI NGƯỜI
CÓ CÁC TRIỆU CHỨNG NHƯ SỐT, HO, KHÓ THỞ**

Đây là thông tin rất quan trọng, thông tin của Anh/Chị sẽ giúp Nhà trường và cơ quan y tế liên lạc khi cần thiết để phòng chống dịch bệnh COVID-19

Họ tên:

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đi về từ vùng dịch theo khuyến cáo của Bộ Y tế (cả trong và ngoài nước) hay không? Trả lời: Có Không

Nếu trả lời Có: ghi tên tỉnh/nước đi về

.....
.....

Trong vòng 14 ngày có tiếp xúc gần (sống cùng nhà, học cùng lớp, sinh hoạt chung, làm việc cùng phòng, tiếp xúc trong khoảng cách $\leq 1-2m$, di chuyển trên phương tiện,...) với những người đi từ vùng dịch theo khuyến cáo của Bộ Y tế, người nghi ngờ hoặc xét nghiệm có dương tính với COVID 19 không? Trả lời: Có Không

Nếu trả lời Có: Ghi rõ thông tin

.....
.....
.....

Trong vòng 14 ngày Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không
▪ Sốt	[]	[]
▪ Ho	[]	[]
▪ Khó thở	[]	[]
▪ Đau họng	[]	[]

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

Đồng Nai, ngày tháng năm 2021

KÝ TÊN

(Ghi rõ họ và tên)