

THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ
(PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19)

Khuyến cáo : Khai báo thông tin sai là vi phạm pháp luật Việt Nam và có thể xử lý hình sự

Đánh dấu (x) nếu khai hộ

1. Họ tên (ghi chữ IN HOA):

2. Số hộ chiếu /CMND/CCCD:

3. Năm sinh (*):

4. Giới tính (*):

5. Quốc tịch (*):

6. Có thẻ bảo hiểm y tế (đánh dấu (x) nếu có) :

7. Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam : Tỉnh/ thành phố:

Quận/huyện:

Phường/xã:

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

Điện thoại (*):

Email:

9. Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều quốc gia)? (*):

10. Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không? (*)

Triệu chứng	Có	Không
Sốt (*)		
Ho (*)		
Khó thở (*)		
Viêm phổi (*)		
Đau họng (*)		

Mệt mỏi (*)		
-------------	--	--

11. Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với (*)

	Có	Không
Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 (*)		
Người từ nước có bệnh COVID-19 (*)		
Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi) (*)		

12. Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây (*)

	Có	Không
Bệnh gan mãn tính (*)		
Bệnh máu mãn tính (*)		
Bệnh phổi mãn tính (*)		
Bệnh thận mãn tính (*)		
Bệnh tim mạch (*)		
Huyết áp cao (*)		
Suy giảm miễn dịch (*)		
Người nhận ghép tạng, Tủy xương (*)		
Tiểu đường (*)		
Ung thư (*)		
Có thai (*)		

NGƯỜI KHAI
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ghi chú: Phần có đánh dấu “” là phần bắt buộc điền thông tin*