**Trường/Đơn vị :……………………………**

**TỜ KHAI Y TẾ**

🞍 Họ tên (viết chữ in hoa)

🞍 Năm sinh: Giới tính: Quốc tịch:

**🞍 Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam**

Địa chỉ nơi ở tại Việt Nam

Điện thoại:

**🞍 Địa điểm đến bên ngoài thành phố Thủ Dầu Một từ ngày 26/4/2021 đến ngày khai báo y tế:** (nếu có)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stt | Địa điểm ngoài TP.TDM 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 tên­­­­­­­­­­­­­­