

Phòng thi	
SBD	

TỜ KHAI Y TẾ

Họ và tên: Số điện thoại:

Giới tính: Nam Nữ Quốc tịch: Ngày tháng năm sinh:

Nơi ở hiện nay:

Stt	Câu hỏi	CÓ	KHÔNG
Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị:			
1	Có đến/qua/ở về từ quốc gia/vùng lãnh thổ *.....?		
2	Có đến /ở /về từ:**.....		
3	Có tiếp xúc gần/chăm sóc ca bệnh hoặc nghi ngờ covid -19 không?		
Trong vòng 14 ngày, Anh/Chị có thấy xuất hiện triệu chứng nào sau đây không?			
1	Sốt		
2	Ho		
3	Khó thở		
4	Đau họng		
5	Đột ngột mất hoặc thay đổi vị giác		
6	Đột ngột mất hoặc thay đổi khứu giác		
7	Triệu chứng khác:.....		

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật

Ngày tháng năm 20...

*điền tên quốc gia/vùng lãnh thổ có ổ dịch đang hoạt động được cập nhật trên trang Web HCDC

Người khai ký tên

** điền tỉnh/thành/nơi ở Việt Nam có ổ dịch đang hoạt động được cập nhật trên trang Web HCDC

Phòng thi	
SBD	

TỜ KHAI Y TẾ

Họ và tên: Số điện thoại:

Giới tính: Nam Nữ Quốc tịch: Ngày tháng năm sinh:

Nơi ở hiện nay:

Stt	Câu hỏi	CÓ	KHÔNG
Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị:			
1	Có đến/qua/ở về từ quốc gia/vùng lãnh thổ *.....?		
2	Có đến /ở /về từ:**.....		
3	Có tiếp xúc gần/chăm sóc ca bệnh hoặc nghi ngờ covid -19 không?		
Trong vòng 14 ngày, Anh/Chị có thấy xuất hiện triệu chứng nào sau đây không?			
1	Sốt		
2	Ho		
3	Khó thở		
4	Đau họng		
5	Đột ngột mất hoặc thay đổi vị giác		
6	Đột ngột mất hoặc thay đổi khứu giác		
7	Triệu chứng khác:.....		

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật

Ngày tháng năm 20...

*điền tên quốc gia/vùng lãnh thổ có ổ dịch đang hoạt động được cập nhật trên trang Web HCDC

Người khai ký tên

** điền tỉnh/thành/nơi ở Việt Nam có ổ dịch đang hoạt động được cập nhật trên trang Web HCDC