

**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

Họ tên (ghi chữ IN HOA).....

Số hộ chiếu/CMND/CCCD.....

Năm sinh.....

Giới tính: Nam Nữ Khác

Quốc tịch:..... Có thẻ bảo hiểm:.....

Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam

Tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương:.....

Quận/huyện:.....

Phường/xã:.....

Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội:.....

Điện thoại:.....

Email:.....

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến tỉnh/thành phố, quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều nơi).....

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?			Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với:		
Triệu chứng	Có	Không	Tiếp xúc	Có	Không
Sốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Người từ nước có bệnh COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, viêm phổi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viêm phổi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mệt mỏi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây	Có	Không	Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây	Có	Không
Bệnh gan mãn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suy giảm miễn dịch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh máu mãn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Người nhận ghép tạng, thủy xương	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh phổi mãn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh thận mãn tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ung thư	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh tim mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anh/Chị đã được tiêm vắc-xin phòng COVID-19 chưa?
Chưa được tiêm vắc-xin <input type="checkbox"/>
Đã được tiêm vắc-xin <input type="checkbox"/>
Ngày tiêm mũi 1:.....
Ngày tiêm mũi 2:.....

Hà Nội, ngày tháng năm 2021

Người khai
(Ký và ghi rõ họ, tên)