

**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**

**I. Khai thông tin cá nhân:**

Họ tên .....

Số hộ chiếu /CMND/CCCD.....

Năm sinh:.....Giới tính .....

Quốc tịch :.....

Có thẻ bảo hiểm y tế:.....

Tỉnh thành :.....

Quận / huyện :.....

Phường / xã :.....

Số nhà, phố, tổ dân phố:.....

Điện thoại (\*): .....

Email:.....

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

.....

.....

**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 (*)		

**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) (*)		

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

Tên bệnh	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, Thủy xương (*)		
Tiểu đường (*)		
Ung thư (*)		

Ngày .....tháng ..... năm .....

**Người khai báo**  
(Ký, ghi rõ họ tên)