

TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN HẢI CHÂU

KHOA:

TỜ KHAI Y TẾ

- Họ tên (ghi chữ IN HOA): Năm sinh:

- Giới tính: Nam Nữ Điện thoại:

- Quốc tịch:

- Nơi cư trú: (đề nghị ghi rõ địa chỉ, tổ, thôn, xóm, xã phường, quận huyện, thành phố):

- Trong vòng 14 ngày qua, anh chị có đến tỉnh/thành phố, quốc gia/vùng lãnh thổ nào không?

- Tiếp xúc với người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19: Có Không

- Tiếp xúc với người từ nước có bệnh COVID-19: Có Không

- Tiếp xúc với người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi): Có Không

Trong vòng 14 ngày qua Anh/chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không		Triệu chứng	Có	Không
Sốt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Viêm phổi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Đau họng	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Khó thở	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Mệt mỏi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hiện tại Anh/chị có các bệnh nào dưới đây

Tên bệnh	Có	Không
Bệnh gan mãn tính	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bệnh máu mãn tính	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bệnh phổi mãn tính	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bệnh thận mạn tính	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bệnh tim mạch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huyết áp cao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suy giảm miễn dịch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Người nhận ghép tạng, tủy xương	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiểu đường	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ung thư	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Có	Không
Bạn có đang trong thời kỳ mang thai không	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.

Hải Châu, ngày tháng năm 2021

Ký tên