|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ BẠC LIÊU  **TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN HỒNG DÂN** |  |

**TỜ KHAI Y TẾ**

Vì sức khỏe của chính mình và cộng đồng, Ông/Bà vui lòng điền vào thông tin dưới đây:

- Họ và tên: …………………………………………. Giới tính: Nam □ Nữ □

- Ngày tháng năm sinh: ……………………………... Nghề nghiệp: …………………….

- Địa chỉ:……………………………………………………………………………………

- Số điện thoại liên lạc: …………………………………………………………………….

- Hiện tại Ông/Bà có các dấu hiệu sau đây không:

1. Sốt Có □ Không □

2. Ho Có □ Không □

3. Khó thở Có □ Không □

4. Trong vòng 14 ngày qua, Ông/Bà có tiếp xúc trực tiếp với người mắc COVID-19 không?

Có □ Không □

5. Trong vòng 14 ngày qua, người thân trong gia đình Ông/Bà có ai tiếp xúc với người mắc COVID-19 không?

Có □ Không □

6. Trong vòng 14 ngày qua, Ông/Bà có trở về từ các nước hiện đang có dịch không?

Có □ Không □

7. Trong vòng 14 ngày qua, người thân trong gia đình Ông/Bà có trở về từ các nước hiện đang có dịch không?

Có □ Không □

8. Trong vòng 14 ngày qua, Ông/Bà có trở về từ các tỉnh, thành phố trong nước hiện đang có dịch không (Hà Nội, Huế, Đà Nẵng, Bình Thuận, TP Hồ Chí Minh,…)?

Có □ Không □

9. Trong vòng 14 ngày qua, người thân trong gia đình Ông/Bà có ai trở về từ các tỉnh, thành phố trong nước hiện đang có dịch không (Hà Nội, Huế, Đà Nẵng, Bình Thuận, TP Hồ Chí Minh,…)?

Có □ Không □

*Hồng Dân, ngày…….…tháng…..…..năm 2020*

*(Ký tên)*