**TRƯỜNG THPT CHUYÊN LÊ HỒNG PHONG**

*Tp. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2021*

**TỜ KHAI Y TẾ**

Họ tên (viết chữ in hoa):

Đơn vị công tác (học tập):

Năm sinh: Giới tính: Quốc tịch:

Địa chỉ nơi ở tại Việt Nam:

Điện thoại:

**🞍 Các địa điểm đến (nhà ở, khách sạn…) tại Thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 02/04/2021 đến ngày khai báo y tế:** (nếu có)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Địa điểm TP.HCM đã đến** | | | **Phương tiện**  **di chuyển** | **Từ ngày** | **Đến ngày** |
| Tỉnh/Thành phố | Quận/Huyện | Xã/Phường,  Thị trấn |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**🞍 Trong vòng 21 ngày, anh/chị có:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Có** | **Không** |
| Tiếp xúc với người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19  Tiếp xúc với người đi về từ vùng dịch COVID-19  Đi đến vùng dịch COVID-19 | [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ] |

**🞍 Trong vòng 14 ngày, anh/chị có thấy xuất hiện triệu chứng nào sau đây không?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Có** | **Không** | **Triệu chứng** | **Có** | **Không** |
| Sốt  Ho  Khó thở  Đau họng | [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | Viêm phổi  Tiêu chảy  Xuất huyết ngoài da  Mất vị giác/khứu giác  Triệu chứng khác:………. | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ] |

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.

*Tp. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2021*

(Ký và ghi rõ họ và tên)