

**TỜ KHAI Y TẾ**  
**(-Phòng chống dịch COVID-19)**

1. Họ và tên:..... 2. Tuổi:..... 3. Giới tính:.....  
4. Địa chỉ:..... Điện thoại:.....  
5. Số báo danh..... 6. Phòng thi:.....  
7. Nhiệt độ thân nhiệt hiện tại : .....<sup>0</sup>C

Nội dung đánh giá	Kết quả				
	Có	Không			
<b>1. Thông tin đi lại:</b> Trong 21 ngày gần đây bạn có:					
Đi đến và về từ những vùng có dịch bệnh COVID-19 theo công bố của Bộ Y tế không?	[ ]	[ ]			
Có đi đến và khám chữa bệnh tại các cơ sở Y tế nào không? (nếu có nêu rõ nơi đến khám chữa bệnh)	[ ]	[ ]			
Sử dụng phương tiện giao thông công cộng hoặc đến chỗ đông người, chỗ có nguy cơ lây nhiễm nhưng không đeo khẩu trang hoặc không sát khuẩn tay không?	[ ]	[ ]			
Tiếp xúc với người đi từ nước ngoài về hoặc người có tiếp xúc gần với người đi nước ngoài không?	[ ]	[ ]			
<b>2. Trong 21 ngày qua:</b> Bạn có xuất hiện các triệu chứng này không?					
<b>Triệu chứng</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>	<b>Triệu chứng</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
Sốt	[ ]	[ ]	Nôn/ buồn nôn	[ ]	[ ]
Ho	[ ]	[ ]	Tiêu chảy	[ ]	[ ]
Khó thở	[ ]	[ ]	Xuất huyết dưới da	[ ]	[ ]
Đau họng	[ ]	[ ]	Nổi ban ngoài da	[ ]	[ ]
Các biểu hiện khác..... ..... ..... ..... .....					

***Tôi xin cam đoan những lời khai trên hoàn toàn đúng sự thật, nếu vi phạm tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.***

**Thông tin xác nhận của phụ huynh thí sinh**  
(Kí và ghi rõ họ tên, số điện thoại liên lạc)

Hà Nội, ngày...../6/2021  
**Người khai**  
(ký, ghi rõ họ và tên)