

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 :⁰C

Nội dung đánh giá	Kết quả				
	Có	Không			
1. Thông tin đi lại: 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?	[]	[]			
2. Trong 21 ngày qua: Bạn có xuất hiện các triệu chứng này không?					
Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
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)