|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description: C:\Users\NDC\Desktop\Logo Trung tam Y te GV.jpg**

|  |
| --- |
| SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN GÒ VẤP** |

**TỜ KHAI Y TẾ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đối tượng:** | 🞏 Người đi khám sức khoẻ | 🞏 Khách công tác |
| 🞏 Người đi khám bệnh | 🞏 Khác: …………… |
| 1. Họ tên: ……………………………………………………………………………..…….
 |
| 1. Giới tính
 | 🞏 Nam | 🞏 Nữ |
| 1. Quốc tịch:
 | 🞏 Việt Nam | 🞏 Khác:…………… |
| 1. Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam*:*Số nhà*:*………… đường:……………….……

 Ấp (Tổ): ……………………Phường/Xã*:* …………………………………..Quận/huyện:……………….Tỉnh/thành phố: ………………………….…… |
| 1. Điện thoại: ……………………………………………….
 |
| ***TRONG VÒNG 14 NGÀY QUA ÔNG/BÀ:*** |
| 1. **Có sống hoặc đã đến nơi có dịch lưu hành:**
 |
|  🞏 Có (từ *ngày …./…../…..đến ngày ……/……/202…..*)🞏 Không Ghi địa điểm cụ thể: ……………………………………………….…………… |
| 1. **Có tiếp xúc với người được xác định hoặc nghi ngờ nhiễmCOVID-19**

🞏 Có (*ngày tiếp xúc: …./…../…..*) 🞏 Không |
| 1. **Có tiếp xúc với người từ nước ngoài về (người Việt Nam hoặc người nước ngoài)**

🞏 Có (*ngày tiếp xúc: …./…../…..*) 🞏 Không |
| 1. **Có triệu chứng:**
 | 🞏 Ho 🞏 Sốtto:…….. 🞏 Khó thở🞏 Đau họng 🞏Mệt mỏi 🞏Mất vị giác, khứu giác🞏 Không có triệu chứng🞏 Khác:……………………………. |
| 1. **Có bệnh mạn tính:**
 | 🞏 Gan 🞏Thận 🞏Phổi 🞏Tim mạch🞏 Cao huyết áp 🞏Tiểu đường 🞏 Khác:………….🞏 Không có bệnh mạn tính |
| *Tôi cam kết thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp thông tin sai có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng. Tôi sẽ chịu trách nhiệm hoàn toàn về thông tin đã cung cấp.* |
|  | *TP.HCM, ngày …… tháng ..…năm 2020***Người điền thông tin***(Ký và ghi rõ họ tên)*………………………. |

 |