

## TỜ KHAI Y TẾ

(Dùng cho người tham gia kỳ thi tại trường)

### 1. Thông tin cá nhân:

- a. Họ và tên: .....  
b. Ngày tháng năm sinh: ...../...../.....  
c. Giới tính:  Nam  Nữ  
d. Quốc tịch:.....  
e. Nghề nghiệp: .....  
d. Số điện thoại liên hệ: .....

2. Địa chỉ nơi sinh sống: Số nhà:.....Đường:.....  
Tổ/thôn:.....Xã/Phường:.....  
Huyện/Thành phố:.....Tỉnh:.....

### 3. Yếu tố dịch tễ:

- a. Trong vòng 21 ngày qua Anh/Chị đã đến vùng xác định có người mắc bệnh COVID-19 không?  
 Có  Không

Nếu có, ghi rõ địa chỉ: .....

- b. Anh/Chị có sống, làm việc cùng người đã được xác định hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID -19 không?  
 Có  Không

- c. Anh/Chị có ngồi gần trên cùng chuyến xe/tàu/máy bay ... với trường hợp xác định hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 không?  
 Có  Không

- d. Anh/Chị có tiếp xúc với người có một trong các biểu hiện sau đây (Sốt, ho, khó thở, Viêm phổi):  
 Có  Không

### 4. Trong vòng 21 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện ít nhất 1 trong các dấu hiệu nào sau đây không:

- |                      |                             |                                |               |                             |                                |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------------------|
| a) Sốt:              | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | b) Ho:        | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| c) Khó thở:          | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | d) Mệt mỏi:   | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| đ) Viêm phổi:        | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | e) Đau họng:  | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| f) Mất vị giác       | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | g) Khứu giác: | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| h) Triệu chứng khác: |                             |                                |               | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |

Nếu có ghi rõ triệu chứng .....

### 5. Thân nhiệt hiện tại:

Quảng Ngãi, ngày tháng năm 2021

Người khai báo

*Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật và chịu hoàn toàn trách nhiệm về nội dung đã khai báo.*

