**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** | **Kếtquả** |
| **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)* |