**THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ**

**(PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19)**

Họ tên (ghi chữ IN HOA) :

Số hộ chiếu/CMND/CCCD:

Năm sinh : Giới tính: Nam 🞎 ; Nữ 🞎

Đăng ký dự tuyển vị trí:

Trường dự tuyển:

Địa chỉ liên lạc:

Điện thoại:

Email: Có thẻ bảo hiểm y tế : 🞎

1. **Anh/Chị ở Tp. HCM từ ngày 05/8/2020 đến nay?** Có 🞎 Không 🞎

**Nếu trả lời Không thì Anh/Chị đến Tp.HCM từ ngày nào?** (*cung cấp cụ thể thông tin về: phương tiện đi, thông tin chuyến đi từng phương tiện và vé máy bay, vé xe, …*)

1. **Trong vòng 21 ngày qua Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stt | Triệu chứng | Có | Không |  | Stt | Triệu chứng | Có | Không |
| 1 | Sốt |  |  |  | 4 | Viêm phổi |  |  |
| 2 | Ho |  |  |  | 5 | Đau họng |  |  |
| 3 | Khó thở |  |  |  | 6 | Mệt mỏi |  |  |

1. **Trong vòng 21 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stt | Đối tượng | Có | Không |
| 1 | Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 |  |  |
| 2 | Người từ nước có bệnh COVID-19 |  |  |
| 3 | Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở , Viêm phổi) |  |  |

1. **Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stt | Tên bệnh | Có | Không |
| 1 | Bệnh gan mãn tĩnh |  |  |
| 2 | Bệnh máu mãn tính |  |  |
| 3 | Bệnh phổi mãn tính |  |  |
| 4 | Bệnh thận mãn tĩnh |  |  |
| 5 | Bệnh tim mạch |  |  |
| 6 | Huyết áp cao |  |  |
| 7 | Suy giảm miễn dịch |  |  |
| 8 | Người nhận ghép tạng, Thủy xương |  |  |
| 9 | Tiểu đường |  |  |
| 10 | Ung thư |  |  |

*Ngày tháng 8 năm 2020*

*(Ký tên và ghi rõ họ tên)*

……………………………..