**THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ**

**(PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID – 19)**

*(Khuyến cáo: Khai báo thông tin sai là vi phạm pháp luật Việt Nam và có thể xử lý hình sự)*

Họ và tên học sinh:……………………………………………………………………………

Năm sinh:…………………………Giới tính:……….Quê quán:……………………

Thẻ bảo hiểm y tế số:………………………………………………………………..

Nơi ở hiện tại:…………… .......................................................................................

Số điện thoại của Cha (mẹ) để liên lạc khi cần thiết:……………………………………………

**Vui lòng đọc kỹ và cung cấp đầy đủ thông tin:**

1. Trong thời gian gần đây, em có đi nước ngoài, trở về từ nước ngoài hoặc đến sân bay quốc tế không? Ghi rõ ngày:......../......./................địa điểm:.......................................

1. Di chuyển trong nước:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ngày đi/ngày đến | Nơi đi và điểm đi | Nơi đến và điểm đến | Phương tiện di chuyển | Mã số phương tiện | Số người đi cùng | Ghi chú |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. Trong vòng 14 ngày qua Em có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không? (Đánh dấu “x” vào ô lựa chọn):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TRIỆU CHỨNG** | **CÓ** | **KHÔNG** |
| SỐT |  |  |
| HO |  |  |
| KHÓ THỞ |  |  |
| VIÊM PHỔI |  |  |
| ĐAU HỌNG |  |  |
| MỆT MỎI |  |  |

1. Trong vòng 14 ngày qua, Em có tiếp xúc với: (Đánh dấu “x” vào ô lựa chọn)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ĐỐI TƯỢNG** | **CÓ** | **KHÔNG** |
| Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh Covid – 19 |  |  |
| Người từ nước có bệnh Covid – 19 |  |  |
| Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở, viêm phổi) |  |  |

1. Hiện tại Em có mắc các bệnh nào dưới đây? (Đánh dấu “x” vào ô lựa chọn)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÊN BỆNH** | **CÓ** | **KHÔNG** |
| BỆNH GAN MÃN TÍNH |  |  |
| BỆNH MÁU MÃN TÍNH |  |  |
| BỆNH PHỔI MÃN TÍNH |  |  |
| BỆNH THẬN MÃN TÍNH |  |  |
| BỆNH TIM MẠCH |  |  |
| HUYẾT ÁP CAO |  |  |
| SUY GIẢM MIỄN DỊCH |  |  |
| NGƯỜI NHẬN GHÉP TẠNG, THỦY XƯƠNG |  |  |
| TIỂU ĐƯỜNG |  |  |
| UNG THƯ |  |  |

 Hà Nội, ngày….., tháng 5 năm 2020

**Cha(mẹ) học sinh Học sinh**

 *(Ký và ghi rõ họ tên) (Ký và ghi rõ họ tên)*

**\*Ghi chú:** *Kính nhờ gia đình hỗ trợ, giúp cháu hoàn thành chính xác tờ khai y tế và gửi lại cho GVCN vào* ***ngày 11/5/2020.***