

**Trường THPT Hồ Thị Bi****TỜ KHAI Y TẾ**

- Họ tên (viết chữ in hoa).....
- Năm sinh:..... Giới tính: .....Quốc tịch: .....
- **Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam**.....

Điện thoại:.....

**Địa điểm đến bên ngoài thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 02/02/2021 đến ngày khai báo y tế(nếu có)**

Stt	Địa điểm ngoài TP.HCM đã đến			Phương tiện di chuyển	Từ ngày	Đến ngày
	Tỉnh/Thành phố	Quận/Huyện	Xã, Phường/Thị Trấn			

■ Trong vòng 21 ngày, anh/chị có:

	Có	Không
Tiếp xúc với người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiếp xúc với người đi về từ vùng dịch COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đi đến vùng dịch COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Trường THPT Hồ Thị Bi****TỜ KHAI Y TẾ**

- Họ tên (viết chữ in hoa).....
- Năm sinh:..... Giới tính: .....Quốc tịch: .....
- **Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam**.....

Điện thoại:.....

**Địa điểm đến bên ngoài thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 02/02/2021 đến ngày khai báo y tế(nếu có)**

Stt	Địa điểm ngoài TP.HCM đã đến			Phương tiện di chuyển	Từ ngày	Đến ngày
	Tỉnh/Thành phố	Quận/Huyện	Xã, Phường/Thị Trấn			

■ Trong vòng 21 ngày, anh/chị có:

	Có	Không
Tiếp xúc với người nhiễm hoặc nghi nhiễm COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiếp xúc với người đi về từ vùng dịch COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đi đến vùng dịch COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Trong vòng 14 ngày, anh / chị có thấy xuất hiện triệu chứng nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
Sốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nôn/buồn nôn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xuất huyết ngoài da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nổi ban ngoài da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Khác: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

**Học sinh vui lòng nộp lại cho GVCN vào sáng thứ hai ngày 01/3/2021.**

Ngày tháng 02 năm 2021

Ký tên

- Trong vòng 14 ngày, anh / chị có thấy xuất hiện triệu chứng nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
Sốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nôn/buồn nôn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xuất huyết ngoài da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nổi ban ngoài da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Khác: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

**Học sinh vui lòng nộp lại cho GVCN vào sáng thứ hai ngày 01/3/2021.**

Ngày tháng 02 năm 2021

Ký tên