

## TỜ KHAI Y TẾ BẮT BUỘC CỦA CHA MẸ HỌC SINH/ NGƯỜI GIÁM HỘ

(Khai báo sức khỏe để chống dịch Covid-19)

*Cùng chung tay bảo vệ sức khỏe cộng đồng, Anh/chị vui lòng cung cấp những thông tin sau:*

- Họ tên Phụ huynh/Người giám hộ:.....Năm sinh:.....
- Căn cước công dân/CMND: .....
- Số điện thoại: .....
- Địa chỉ nơi ở hiện tại: .....
- Quan hệ với học sinh: Cha  Mẹ  Người giám hộ
- Họ tên học sinh:.....Lớp:.....
- Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có đi đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào: .....
- **Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có tiếp xúc với:**

	Có	Không
Có tiếp xúc với trường hợp bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có đi từ vùng có dịch bệnh COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Có tiếp xúc với trường hợp đi về từ vùng dịch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có triệu chứng nào sau đây:**

	Có	Không		Có	Không
Sốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đột ngột mất hoặc thay đổi khứu giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đột ngột mất hoặc thay đổi vị giác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Triệu chứng khác: .....		
Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- Anh/chị có mắc bệnh mãn tính: Có  Không:

Ngày ... Tháng ... Năm 2021

Cha mẹ học sinh/Người giám hộ

(Khai ký và ghi rõ họ tên)