**THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ**(PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19)

**Thông tin người khai**

1. Họ và tên (ghi chữ in hoa):

2. Ngày, tháng, năm sinh:…./…./…….3. Giới tính: Nam/ nữ. 4. Quốc tịch:

5. Số CCCD /CMND:.

6. Số điện thoại:……………………………………………….…………………………

7. Địa chỉ thường trú:

Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội:

Phường/xã:………………Quận/huyện:……………..Tỉnh thành:

**Thông tin cha/mẹ hoặc người đại diện hợp pháp** *(Trường hợp công dân dưới 14 tuổi)*

1. Họ và tên (ghi chữ in hoa):……..……………………………………………………..

2. Số CCCD /CMND:…

3. Số điện thoại:….………………………………………………………………………

**I. THÔNG TIN NƠI ĐI (**giống thường trú **[ ]** )

Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội:

Phường/xã:……………………Quận/huyện:……………..Tỉnh thành:

**II. THÔNG TIN NƠI ĐẾN** (giống thường trú **[ ]** )

Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội:

Phường/xã:………………Quận/huyện:……………..Tỉnh thành:

**III. LOẠI PHƯƠNG TIỆN**

Phương tiện:………………………………Biển số phương tiện:……………………….

Ngày khởi hành:……………………; Mục đích đến:…………………………………

- Đã đo thân nhiệt: …………………..……

- Xét nghiệm test nhanh lúc:…………………..… ngày ………………………….. tại: …………………………………………...………..,kết quả:……………………………

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào; Có thể đi qua nhiều quốc gia?

Trong vòng 14 ngày qua có xuất hiện ít nhất một trong dấu hiệu sốt, ho, khó thở, viêm phổi, đau họng, mệt mỏi không ?......................................................................................

**Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **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)  |   |  |

**Tiêm chủng Vaccine Covid-19**

|  |
| --- |
| Đã tiêm chủng Vaccine Covid chưa?: Ngày tiêm mũi 1:…………Loại vaccince…………Đơn vị tiêm……………...……... Ngày tiêm mũi 2:…………Loại vaccince…………Đơn vị tiêm………...................... |

**Tôi cam đoan các thông tin khai báo là đúng sự thật và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của thông tin.**

 *Thời gian khai trạm kiểm soát:………..h………..*

………………, *ngày, ….. tháng ….. năm….*

**NGƯỜI KHAI**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*