



BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BẮC QUẢNG BÌNH
TỜ KHAI Y TẾ

Họ và tên:..... Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐
Ngày, tháng, năm sinh:...../...../.....Nghề nghiệp:.....
Địa chỉ:..... Số điện thoại:.....

STT	Câu hỏi	Không	Có (ghi cụ thể thông tin)
1	Ông/bà có bị ho, sốt, đau họng, khó thở, mất vị giác hoặc khứu giác không?		
Trong vòng 21 ngày qua:			
2	Ông/bà có đến/đi về từ khu vực bị cách ly y tế hoặc ngoài Quảng Bình không?		
3	Ông/bà có tiếp xúc với ai nhiễm/nghi nhiễm Covid-19 không?		
4	Ông/bà có tiếp xúc với người trở về từ vùng dịch không?		

Tôi xin cam kết lời khai ở trên là đúng sự thật, tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

Người khai
(Ký ghi rõ họ tên)

❖ Đề nghị ông/bà: Đeo khẩu trang, rửa tay, sát khuẩn tay...; Mỗi người bệnh không quá một người nhà; Không tụ tập đông người; Thông báo cho nhân viên y tế khi có triệu chứng hô hấp mới hoặc tiếp xúc với người nhiễm/nghi nhiễm Covid-19.