TRUNG TÂM Y TẾ QUỲ CHÂU

Địa chỉ: Khối 4- Thị trấn Tân Lạc- Huyện Quỳ Châu

“Chung tay vì sức khỏe cộng đồng”

Hotline: 0966061414

**TỜ KHAI SÀNG LỌC THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH**

***PATIENT DECLARATION FORM***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thông tin chung  *Generel Information* | Họ và tên/ *Full name*: ...........................................................Ngày sinh/ *Date of birth:* .......................  Giới tính/ *Gender:* Nam/ *Male* Nữ/ *Famale* Quốc tịch/ *Nationality:* .........................  Điện thoại/ *Telephone Number*: ..........................................................  Địa chỉ/ *Address:* .....................................................................................................................................  Nơi ở tại Việt Nam/ *Current address in Viet Nam*: ...............................................................................  Các nơi bạn đã đi qua trong thời gian 14 ngày gân đây (Liệt kê tên thành phố và quốc gia)  *Places you have visited in the last 14 days (listing all cities/ countries/ regions):*  ...................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................... | |
| Câu hỏi  *Questionaire* | Có đi nước ngoài về hoặc sân bay quốc tế trong thời gian 14 ngày gần đây không?  *Have you been to foreign or any international airports in the last 14 days?*  *............................................................................................................................* | Có *(Yes)*  Không *(No)* |
| Có tiếp xúc với người bệnh nghi bị viêm phổi coronaviruts không?  *Have you communicated with a suspected corona virus person?*  *.............................................................................................................................* | Có *(Yes)*  Không *(No)* |
| Có các triệu chứng sau đây không?  *Do you have any of these symptoms?* |  |
| Sốt/ *Fever* | Có *(Yes)*  Không *(No)* |
| Ho/ *Cough* | Có *(Yes)*  Không *(No)* |
| Đau họng/ *Sore throat* | Có *(Yes)*  Không *(No)* |
| Hắt hơi, chảy nước mũi / *Sneezing, runny nose* | Có *(Yes)*  Không *(No)* |
| Mỏi cơ/ *fatigue* | Có *(Yes)*  Không *(No)* |
| Khó thở, tức ngực/ *Trouble breathing/ stifling, chest pain* | Có *(Yes)*  Không *(No)* |
| Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thật và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của tờ khai này.  *I hereby certify that the information provided above is true and correct in all details. I am fully liable for the authen- ticity of the above-mentioned documents.*  **Ký tên**  (Ghi rõ họ và tên)  *Applicant’s signature* | | |