

## FORMULIR DEKLARASI KESEHATAN

Nama : .....

Alamat : .....

Nomor KTP/ Paspor : .....

Alamat Email : .....

Nomor telepon : .....

Mohon untuk mengisi dengan tanda (√) dalam kotak :

NO	KEGIATAN	YA	TIDAK
<b>BAGIAN I : RIWAYAT PERJALANAN (DALAM 14 HARI TERAKHIR)</b>			
1	Apakah Anda bepergian ke zona merah/hitam COVID-19?		
2	Apakah anda berkunjung ke fasilitas kesehatan?		
3	Apakah anda pernah mengunjungi pasien ISPA?		
4	Apakah Anda pernah kontak/tatap muka dengan jarak 1m dalam jangka waktu 15 menit dengan orang Kasus Suspek, Kasus <i>Probable</i> , atau Kasus Konfirmasi COVID-19?		
5	Apakah Anda pernah kontak fisik langsung dengan orang Kasus Suspek, Kasus <i>Probable</i> , atau Kasus Konfirmasi COVID-19?		
<b>BAGIAN II : RIWAYAT KESEHATAN (DALAM 14 HARI TERAKHIR)</b>			
6	Apakah Anda demam? (Tidak perlu termometer, jika Anda merasa panas saat menyentuh dada atau punggung, jawab 'ya'.)		
7	Apakah Anda mengalami batuk ? (batuk yang baru dirasakan atau batuk yang semakin parah)		
8	Apakah Anda merasakan sakit tenggorokan?		
9	Apakah anda merasa sulit untuk bernafas sehingga anda kesulitan berbicara?		
10	Apakah Anda mengalami pegal linu / nyeri / fatigue pada bagian tubuh anda?		
11	Apakah Anda mengalami muntah-muntah / diare?		

