



QUEZON CITY HEALTH DEPARTMENT

Health Center



HEALTH DECLARATION FORM

UNANG PANGALAN		GITNANG PANGALAN		APELYIDO
ARAW NG KAPANGANAKAN	EDAD	ESTADO SIBIL	KASARIAN <input type="checkbox"/> LALAKI <input type="checkbox"/> BABAE	TRABAHO
TIRAHAN				
NUMERO NG TELEPONO				

CRITERIA	OO	HINDI
Bumiyahе ka ba sa ibang bansa?		
<ul style="list-style-type: none"> Kailan Saan 		
Tumira sa isang lugar na may local na <i>transmission</i> ?		
Ikaw ba ay nag alaga, tumirang kasama o direktang may contact sa isang pasyenteng possible o kumpirmadong may COVID?		
CLINICAL AREA		
Nagkaroon ka ba ng sumusunod na sintomas sa nakalipas na 14 araw?		
<ul style="list-style-type: none"> Lagnat Ubo Sipon Pananakit o pamamaga ng lalamunan Hingal o hirap sa paghinga Kawalan ng panlasa Kawalan ng pang-amoy Pangangatog Pantal sa katawan Pagtatae 		

CONTACT TRACING	CELLPHONE NUMBER

Deklarasyon: Pinapatunayan ko na ang lahat ng naibigay na impormasyon ay kumpleto at pawing katotohanan. Niintindihan ko na ang pagbibigay ng maling impormasyon ay puwedeng gamitin sa korte laban sa akin sa ilalim ng Article 161 ng Revised Penal Code of the Philippines at RA 11332 o ang "Law on Reporting of Communicable Diseases".

Pangalan at Lagda

Petsa