

## FORMULIR DEKLARASI KESEHATAN

Nama : .....  
Alamat : .....  
Nomor KTP/ Paspor : .....  
Alamat Email : .....  
Nomor telepon : .....

Mohon untuk mengisi dengan tanda (v) dalam kotak :

NO	KEGIATAN	YA	TIDAK
<b>BAGIAN I : HISTORY PERJALANAN (DALAM 14 HARI)</b>			
1	Apakah anda berpergian ke Luar Negeri?		
2	Apakah anda berkunjung ke fasilitas kesehatan?		
3	Apakah anda pernah kontak langsung dengan ODP (Orang Dalam Pemantauan), PDP (Pasien Dalam Pengawasan) atau Pasien positif COVID-19?		
<b>BAGIAN II : HISTORY KESEHATAN (DALAM 14 HARI)</b>			
4	Apakah Anda demam? (Tidak perlu termometer, jika Anda merasa panas saat menyentuh dada atau punggung, jawab 'ya'.)		
5	Apakah Anda mengalami batuk ? (batuk yang baru dirasakan atau batuk yang semakin parah)		
6	Apakah Anda merasakan sakit tenggorokan?		
7	Apakah anda merasa sulit untuk bernafas sehingga anda kesulitan berbicara?		
8	Apakah Anda mengalami pegal linu / nyeri / fatigue pada bagian tubuh anda?		
9	Apakah Anda mengalami muntah-muntah / diare?		
10	Apakah anda meraskan sakit/nyeri konstan pada bagian dada?		

