

Form Pernyataan Kesehatan Health Declaration Form

Nama :
Name :
Nomor Ponsel :
Handphone :
Alamat :
Address :

Beri tanda "v" pada kolom "Ya"/"Tidak" sesuai kondisi Anda saat ini
Please mark with "V" in column "Yes"/"No" based on your condition right now

No	Pertanyaan/Questions	Ya/Yes	Tidak/No
1	Apakah dalam 14 hari terakhir memiliki riwayat perjalanan ke negara/wilayah terjangkit COVID-19?		
	Have you travelled to country that have confirmed COVID-19 in the last 14 days?		
2	Apakah memiliki kontak langsung dengan keluarga/kerabat dengan kasus COVID-19 terkonfirmasi?		
	Have you ever been in direct contact with person/family member with confirmed case of COVID-19?		
Isi point 3-5 jika point 1 dan/atau point 2 diisi dengan "Ya". Abaikan point 3-5, jika diisi dengan "Tidak". Fill in Point 3-5 only if you fill point 1 and/or point 2 with "Yes". Please ignore if you fill it with "No".			
3	Dalam 1 minggu terakhir suhu badan $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$?		
	For the past week, have your body temperature $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$?		
4	Apakah saat ini sedang batuk/pilek/sakit tenggorokan?		
	Do you have cough/flu/sore throat right now?		
5	Apakah saat ini sedang pneumonia ringan hingga berat?		
	Do you have pneumonia with category of mild until severe right now?		

Rencana kunjungan DITOLAK apabila point 3/4/5 di atas diisi dengan "Ya"
All you plan for visit will be DENIED if point 3/4/5 above filled with "YES".

Paraf/Sign

Diisi oleh Satpam / Filled by Security

Kesimpulan: Kunjungan* : DITERIMA / DITOLAK *coret salah satu yang tidak dipilih	Tanda Tangan & Nama Jelas (_____)
Tanggal Periksa :	
Hasil Pemeriksaan Suhu Tubuh Pengunjung :	