

Form Pernyataan Kesehatan
Health Declaration Form

Nama / Name :
Nomor Ponsel / Mobile Phone :
NIK / Identity's number :
Alamat / Address :

Mohon untuk mengisi dengan tanda (√) dalam kotak:
Please kindly tick (√) in the box:

1. Apakah Anda pernah bertemu atau melakukan kontak langsung dengan pasien Covid-19 dalam 14 hari terakhir?
Have you met or having close contact with Covid-19 patient within the last 14 days?

Ya/Yes Tidak/No

2. Apakah terdapat anggota keluarga / pihak dalam satu rumah tinggal, yang melakukan perjalanan baik dalam maupun luar negeri dalam 14 hari terakhir?
Is there any family member/person under the same roof who has traveled from domestic or overseas within the last 14 days?

Ya/Yes Tidak/No

3. Apakah Anda habis melakukan perjalanan dan / atau transit, baik dalam negeri dan/atau luar negeri dalam 14 hari terakhir?
Have you been traveling and/or transiting from domestic and/or overseas within the last 14 days?

Ya/Yes Tidak/No

4. Apakah Anda mengalami gejala sebagai berikut, mohon isi kotak di bawah ini:
Are you currently experiencing below symptoms, please fill below:

Demam dengan suhu diatas 37,5 C /Fever with temperature above 37.5 C

Batuk/Cough Sesak Napas/Shortness of Breath

Sakit Kepala/Headache Lemas/Fatigue Diare/Diarrhea

Surabaya, _____ 2021

(tandatangan /please sign here)

Catatan: Apabila salah satu jawaban No. 1, 2, dan 3 adalah Ya, maka Anda tidak diperkenankan untuk memasuki ruangan rapat dan mengikuti pelaksanaan rapat. Apabila Anda mengalami salah satu gejala yang disebutkan di No. 4, maka Anda tidak diperkenankan untuk memasuki ruangan rapat dan mengikuti pelaksanaan rapat.

Note: If one of the answers for No. 1, 2 and 3 is Yes, you are not permitted to enter the meeting room and attend the meeting. If you are currently experiencing one of the symptoms stated in No. 4, you are not permitted to enter the meeting room and attend the meeting.