

**FORM DEKLARASI KESEHATAN
RISIKO COVID-19**

Tanggal :
Acara :
Nama :
No.HP :
Institusi :

**Mohon pilih YA atau TIDAK dengan memberi tanda tick (v) untuk setiap pertanyaan dibawah ini.
Kami sangat menghargai kejujuran anda dalam menjawab pertanyaan yang diberikan**

No.	Pertanyaan	YA	TIDAK	KET
1	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah berada di tempat umum seperti pusat perbelanjaan, rumah sakit, tempat ibadah dan lain-lain?			
2	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah menggunakan transportasi umum?			
3	Apakah anda / anggota keluarga / pihak dalam satu rumah tempat tinggal anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah melakukan perjalanan keluar kota atau keluar negeri? Jika iya, mohon sebutkan kota/negaranya			
4	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah mengikuti kegiatan yang melibatkan orang banyak, baik di dalam ruangan maupun luar ruangan?			
5	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir melakukan kontak erat dengan orang yang dinyatakan terkonfirmasi COVID-19?			
6	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah mengalami demam / sakit kepala / batuk / diare / sakit tenggorokan / sesak nafas / hilang indera penciuman dan perasa?			
7	Apakah anda atau orang yang serumah dengan anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah melakukan test covid dengan hasil test menunjukkan anda reaktif dan/atau positif?			
8	Apakah anda tidak menerapkan protokol kesehatan (seperti: memakai masker, mencuci tangan dengan sabun, menjaga jarak sosial minimal 1 meter) saat keluar rumah/ ke tempat umum/ saat berkumpul?			

Tanda Tangan dan Nama Jelas
