

**FORM DEKLARASI KESEHATAN
RISIKO COVID-19**

Tanggal :
Acara :
Nama : **Nomor kontak darurat** :
No.HP : **Nama** :
Institusi : **Hubungan** :

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

No.	Pertanyaan	IYA	TIDAK	KET
1	Apakah anda selalu menggunakan masker medis ketika berada dalam ruang tertutup?			
2	Apakah anda / anggota keluarga / pihak lain 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			
3	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah mengikuti kegiatan yang melibatkan orang banyak, baik di dalam ruangan maupun luar ruangan?			
4	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir melakukan kontak erat dengan orang yang dinyatakan terkonfirmasi COVID-19?			
5	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah mengalami demam >38°C / sakit kepala / batuk / diare / sakit tenggorokan / sesak nafas / hilang fungsi indera penciuman dan perasa? (Jika ada, mohon dilingkari)			
6	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?			
7	Apakah anda menerapkan protokol kesehatan (memakai masker, mencuci tangan dengan sabun, menjaga jarak sosial minimal 1 meter) saat keluar rumah / berada di tempat umum / saat berkumpul?			

Tanda Tangan dan Nama Jelas
