

Form Pernyataan Kesehatan Health Declaration Form

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

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

No	Pernyataan / Declaration	Ya / Yes	Tidak / No
1.	Apakah Saudara pernah melakukan perjalanan dan/atau transit baik dalam negeri dan/atau luar negeri dalam 14 hari terakhir? (terutama wilayah yang terjangkit / zona merah) <i>Have you been traveling and/or transiting from domestic and/or overseas within the last 14 days? (especially infected areas of red zone)</i>		
2.	Apakah terdapat anggota keluarga/pihak dalam satu rumah tinggal yang melakukan perjalanan baik dalam maupun luar negeri dalam 14 hari terakhir? <i>Is there any family member/person under the same roof who has traveled from domestic or overseas within the last 14 days?</i>		
3.	Apakah Saudara pernah bertemu atau melakukan kontak langsung dengan pasien positif COVID-19, Orang Dalam Pengawasan ("ODP") dan Pasien Dalam Pengawasan ("PDP"), dalam 14 hari terakhir? <i>Have you met or having close contact with COVID-19 positive patient, supervised people and supervised patient, within the last 14 days?</i>		
4.	Apakah Saudara pernah keluar rumah & ke tempat umum seperti pasar, fasyankes, kerumuman orang dan lain-lain? <i>Have you ever left your house and been to public places like markets, health services facilities, crowds of people and others?</i>		
5.	Apakah Saudara pernah menggunakan transportasi umum (selama masa Covid-19)? <i>Have you ever used public transportation (during Covid-19)</i>		

No	Pernyataan / Declaration	Ya / Yes	Tidak / No
6.	<p>Apakah Saudara mengalami gejala sebagai berikut, mohon isi kotak di bawah ini: <i>Are you currently experiencing below symptoms, please fill below:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Demam dengan suhu diatas 37,3 C / <i>Fever with temperature above 37.3 C</i> <input type="checkbox"/> Batuk / <i>Cough</i> <input type="checkbox"/> Pilek / <i>Flu</i> <input type="checkbox"/> Kelelahan atau Lemas / <i>Fatigue</i> <input type="checkbox"/> Nyeri otot atau pegal / <i>Muscle pain or soreness</i> <input type="checkbox"/> Hidung mampet atau berair / <i>Stuffy or runny nose</i> <input type="checkbox"/> Mual atau muntah / <i>nausea and vomiting</i> <input type="checkbox"/> Nafas pendek atau Sesak Napas / <i>Shortness of Breath</i> <input type="checkbox"/> Diare / <i>Diarrhea</i> <input type="checkbox"/> Gangguan fungsi indera penciuman atau pengecapan / <i>impaired sense of smell and taste</i> <input type="checkbox"/> Tenggorokan gatal / <i>itchy throat</i> <input type="checkbox"/> Gejala seperti flu / <i>flu-like symptoms</i> <input type="checkbox"/> Sakit Kepala / <i>Headache</i> <input type="checkbox"/> Nyeri otot di banyak bagian tubuh / <i>muscle pain in parts of the body</i> <input type="checkbox"/> Demam seperti flu / <i>fever like flu</i> <input type="checkbox"/> Berkeringat di malam hari / <i>sweating at night</i> <input type="checkbox"/> Kelelahan ekstrim / <i>extreme fatigue</i> 		

Jakarta, _____ 2022

 Nama/Name:

Catatan: Apabila salah satu jawaban No. 1, 2 dan 3 adalah Ya, maka Saudara tidak diperkenankan untuk memasuki ruangan rapat dan mengikuti pelaksanaan rapat. Apabila anda mengalami salah satu gejala yang disebutkan di No. 6 dalam 14 hari terakhir, maka saudara 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 experiencing one of the symptoms stated in No. 6 within the last 14 days, you are not permitted to enter the meeting room and attend the meeting.*