

FORMULIR DEKLARASI KESEHATAN
HEALTH DECLARATION FORM

Nama/ Name : _____

Alamat/Address : _____

Nomor KTP/Paspor/ ID Card/Passport Number : _____

Nomor Ponsel/ Handphone : _____

Alamat Email/ Email Address : _____

Mohon untuk mengisi dengan tanda (√) dalam kotak:

Please kindly tick (√) in the box:

1. Apakah Saudara 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

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 Saudara 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

4. Apakah Saudara 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

Jakarta, _____

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. 4, 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 currently experiencing one of the symptoms stated in No. 4, you are not permitted to enter the meeting room and attend the meeting.