

Form Pernyataan Kesehatan
Form of Assessment Risk

Nama/*Name* :

Nomor Ponsel/*Handphone* :

NIK/*Identity's Number*:

Alamat/*Address* :

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

1. Apakah Saudara pernah bertemu atau melakukan kontak langsung dengan pasien COVID-19 dalam 7 hari terakhir?

Have you met or having close contact with Covid-19 patient within the last 14 Days?

Ya/Yes

Tidak/no

2. 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 dan Sesak Napas/Shortness of Breath*

Sakit Kepala/*Headache, Lemas/Fatigue, Diare/Diarrhea*

Jakarta,

2023

Catatan:

Apabila jawaban No. 1 adalah Ya, maka Saudara tidak diperkenankan untuk memasuki ruangan rapat dan mengikuti pelaksanaan Rapat. Apabila anda mengalami salah satu gejala yang disebutkan di No. 2, maka Saudara tidak diperkenankan untuk memasuki ruangan rapat dan mengikuti pelaksanaan rapat.

Note:

If answers for Number 1 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 Number. 2, you are not permitted to enter the meeting room and attend the meeting.