

Trong vòng 24 giờ qua con/em có bị sốt\* hoặc dùng thuốc hạ sốt không?

**CÓ =**



Con/Em có thấy bệnh, bị ói mửa/tiêu chảy, sốt\*, đau họng, hoặc thấy không khỏe không?

**CÓ =**



Con/Em có được yêu cầu ở nhà và cách ly cô lập/cách ly tránh tiếp xúc do tiếp xúc với COVID-19 không?

**CÓ =**