



- | | | |
|---|----------|------------|
| 1. Adakah anda disahkan positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari?
<i>Have you been diagnosed as a positive COVID-19 within past 14 days?</i> | Ya / Yes | Tidak / No |
| 2. Adakah anda mempunyai kontak rapat dengan mereka yang disahkan POSITIF COVID-19 dalam tempoh 14 hari?
<i>Do you have history of close contact with anyone who has been diagnosed as COVID19 POSITIVE within past 14 days?</i> | Ya / Yes | Tidak / No |
| 3. Adakah anda dalam tempoh 2 minggu ini ada KONTAK RAPAT dengan individu pada soalan 2?
<i>For the past 2 weeks, do you have CLOSE CONTACT with any individuals in question 2?</i> | Ya / Yes | Tidak / No |
| 4. Adakah anda mengalami gejala-gejala berikut?
Do you have these symptoms? | | |
| a. Demam / Fever | Ya / Yes | Tidak / No |
| b. Batuk / Cough | Ya / Yes | Tidak / No |
| c. Selsema / Flu | Ya / Yes | Tidak / No |
| d. Sesak nafas / Difficulty in breathing | Ya / Yes | Tidak / No |

Saya mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah betul dan tepat. Tindakan boleh dikenakan jika maklumat yang diberikan adalah palsu.

I hereby declare that all the information given in this form is true and correct. Action can be taken if the information provided is false.

Nama / Name :

No. KP / NRIC :

No. Tel :

T/Tangan / Signature :