



**FORM DEKLARASI KESEHATAN TAMU
(Pencegahan Penyebaran Covid-19)**

Nama : _____

Perusahaan : _____

Rencana Kunjungan (tanggal/jam) : _____

Keperluan : _____

Pihak yang dituju : _____

Beri tanda ✓ pada kolom "YA" / "TIDAK" sesuai kondisi tamu

| NO | Pertanyaan | YA | TIDAK |
|---|---|-------------------------|-------|
| 1 | Dalam satu minggu terakhir, suhu badan $\geq 38^{\circ}\text{C}$? | | |
| 2 | Apakah saat ini sedang sesak nafas ringan s/d berat? | | |
| 3 | Apakah dalam 14 hari terakhir memiliki riwayat perjalanan ke Negara terjangkit Covid-19 seperti dibawah ini, jika Ya berilah tanda ✓ di Negara yang pernah dikunjungi <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Spanyol <input type="checkbox"/> Singapura <input type="checkbox"/> Nepal <input type="checkbox"/> Belgia <input type="checkbox"/> Jepang <input type="checkbox"/> Sri Lanka <input type="checkbox"/> Finlandia <input type="checkbox"/> Korea Selatan <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Swedia <input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Kanada <input type="checkbox"/> Arab Saudi <input type="checkbox"/> Australia <input type="checkbox"/> Jerman <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> Vietnam <input type="checkbox"/> Prancis <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> Kamboja <input type="checkbox"/> Italia <input type="checkbox"/> Thailand <input type="checkbox"/> Rusia | | |
| 4 | Apakah dalam 14 hari terakhir memiliki kontak langsung dengan keluarga/kerabat dengan kasus Covid-19 : Potential suspect / suspect / Positif ? | | |
| Tanggal Pengisian Form: | | Tanda tangan Tamu | |
| KEPUTUSAN ATAS DEKLARASI KESEHATAN Rencana kunjungan ditolak apabila : salah satu dari poin 1 / 2 / 3 / 4 = YA | | | |
| Kesimpulan: Kunjungan DITERIMA / DITOLAK (Coret salah satu – diisi oleh Pengundang) | | | |
| Tanggal Pengisian Form | : | Tanda tangan Pengundang | |
| Nama Pengundang (min. Dept Head) | : | | |
| Dept / Div Pengundang | : | | |

Catatan:

- Deklarasi ini berlaku selama 7 hari sejak tanggal pengisian
- Deklarasi ini diisi oleh tamu yang akan memasuki area perusahaan untuk menghadiri undangan meeting atau pertemuan lainnya.

GUEST HEALTH DECLARATION FORM (Prevention Spread of Covid-19)

Name : _____

Company : _____

Visit Plan (date/time) : _____

Requirement : _____

User : _____

Put a ✓ into "YES" / "NO" column according to guest conditions

| NO | QUESTION | YES | NO |
|--|--|-----------------|----|
| 1 | Body temperature in the past week $\geq 38^{\circ}\text{C}$? | | |
| 2 | Are you currently having short to heavy breath? | | |
| 3 | Did in the past 14 days have a travel history to Country with <i>confirmed case</i> Covid-19 as follows, Put a ✓ into the country have visited: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> China</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> India</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Spain</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Singapore</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Nepal</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Belgium</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Japan</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Sri Lanka</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Finland</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> South Korea</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> USA</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Sweden</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Malaysia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Canada</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Saudi Arabia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Australia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Germany</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Others</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Vietnam</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> France</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Others</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Philippines</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> United Kingdom</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Others</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Cambodia</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Italy</div> <div style="width: 33%;"></div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Thailand</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Russian</div> <div style="width: 33%;"></div> </div> | | |
| 4 | Did in the past 14 days have direct contact with family/relatives with Covid-19 case : potential suspect / suspect / positive? | | |
| Form filling date: | | Guest signature | |
| DECISION FOR HEALTH DECLARATION Visit Plan was DENIED , if : one of point 1 / 2 / 3 / 4 = YES | | | |
| Conclusion: Visit Plan was ACCEPTED / DENIED <i>(Cross out one – Filled by User)</i> | | | |
| Form filling date | | User signature | |
| Name of User (min. Dept Head) | | | |
| Dept / Div of User | | | |

P.S:

- Health Declaration Form is valid for 7 days from filling date
- Health Declaration Form is filled by guests who will enter the company area to attend the meeting invitation or other appointment