**淮安市妇幼保健院新冠肺炎法律责任承诺书**

为贯彻落实上级要求，切实做好新冠肺炎疫情防控工作，最大限度保障您和他人的健康。**请您必须如实提供以下信息：**

1、近14天内是否有湖北、北京或有其他病例报告地区旅行或居住史？ □是 □否

2、近14天内是否接触过湖北、北京或其他病例报告地区的发热或有呼吸道症状的患者？ □是 □否

3、近14天内是否与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史？ □是 □否

4、近14天内是否从境外回国或来华： □是 □否

5、近14天内是否接触过回国或来华的人员： □是 □否

6、是否聚集性发病？(2周内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所出现2例以上发热和/或呼吸道症状的病例) □是 □否

7、您是否有以下临床表现？

□发热 \_\_\_ ℃ □ 干咳 □咽痛 □流涕 □胸闷 □呼吸困难 □腹泻 □发热已退 □其他症状 □无症状

特别提醒：根据中华人民共和国《传染病防治法》、《治安管理处罚法》等法律规定，如果您隐瞒上述情况或者拒绝配合医务人员开展医疗、隔离、调查等处置措施的，将承担相应法律责任。

我已知晓并确认上述内容！

**姓名:**  **身份证号:**  \_

**手机号码：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **现住址：**  \_

**签字时间： 2020年 月 日**