

**Annex A: Health Assessment Form for
Rapid Antigen Testing**

Health Assessment Form for Rapid Antigen Testing

1. Name of Patient (Pangalan ng Pasyente): _____
2. Sex (Kasarian) : _____
3. Age (Edad) : _____
4. PhilHealth PIN: _____
5. Contact Numbers (Numerong Matatawagan):
 - a. Landline _____
 - b. Mobile _____
6. Home Address (Tirahan) : _____

7. Have you been sick of any of the following in the past 14 days? (Nakaramdam ka ba ng mga sumusunod sa nakalipas na 14 araw.)

| | (YES) | (NO) |
|---|-------|-------|
| • Fever (Lagnat) | [] | [] |
| • Colds (Sipon) | [] | [] |
| • Cough (Ubo) | [] | [] |
| • Sore Throat (Pangangati ng lalamunan) | [] | [] |
| • Difficulty in Breathing (Hirap sa Paghinga) | [] | [] |
| • New Loss of Taste or Smell | [] | [] |
| • Headache (Sakit ng Ulo) | [] | [] |
| • Vomiting (Pagsusuka) | [] | [] |
| • Myalgia (Pananakit ng mga Kalamnan) | [] | [] |

I hereby certify that the information given are true, correct and complete, I understand that failure to answer any false/wrong information given may be ground for filing a criminal case against me under Articles 171 and 172 of the Revised Penal Code of the Philippines (Ako ay nagpapatunay na ang impormasyong ibinigay ko ay tiyak na tama at kompleto. Naiintindihan ko na ang hindi pagsagot o pagbibigay ng maling impormasyon ay maaaring maging basehan sa pag sampa ng kaso laban sa akin ayon sa articles 171 and 172 of the Revised Penal Code of the Philippines.)

Name and Signature of Personnel
(Pangalan at Pirma)

Date signed