



VISITOR HEALTH SCREENING FORM

To ensure the safety and health of individuals against COVID-19, the Insurance Commission (IC) is implementing a screening questionnaire for all visitors to IC buildings and facilities. *(Upang matiyak ang kaligtasan ng mga indibidwal laban sa Covid-19, ang Insurance Commission (IC) ay nagpapatupad ng pagsagot ng talatanungan para sa lahat ng bisita nito.)*

This will not be shared with other institutions unless authorized by law and it shall be disposed of properly when no longer necessary. The IC is committed to your confidentiality pursuant to the Data Privacy Act of 2012. *(Ang impormasyon dito ay ibibigay lamang sa ibang ahensiya kung pinahihintulutan ng batas at idi-dispose nang maayos kapat hindi na kailangan. Ang IC ay nakatuon sa pagpapanatiling kompidensyal ng iyong impormasyon alinsunod sa Data Privacy Act of 2012.)*

NAME (Pangalan):	TEMPERATURE (Temperatura):
SEX (Kasarian):	AGE (Edad):
CONTACT NUMBERS (Matatawagang Numero): Landline:	Cellphone:
OFFICE ADDRESS (Address ng Opisina):	EMAIL ADDRESS:
SPECIFIC OFFICE/UNIT TO BE VISITED (Tiyak na tanggapang na bibisitahin):	

1. ARE YOU EXPERIENCING OR HAVE BEEN SICK OF ANY OF THE FOLLOWING IN THE LAST FOURTEEN (14) DAYS? <i>(Nakakaranas o nagkasakit ka ba ng mga sumusunod sa nakaraang labing-apat (14) na araw?)</i>	YES	NO
▪ Fever for the last few days <i>(Lagnat sa nakalipas na mga araw)</i>		
▪ Headache <i>(Pananakit ng ulo)</i>		
▪ Body Aches <i>(Pananakit ng katawan)</i>		
▪ Sore Throat <i>(Pamamaga ng lalamunan o masakit lumunok)</i>		
▪ Difficulty in breathing <i>(Hirap sa paghinga)</i>		

2. HAVE YOU WORKED TOGETHER OR STAYED IN THE SAME CLOSE ENVIRONMENT OF A CONFIRMED COVID-19 CASE? <i>(May nakasama ka ba o nakatrabahong tao na kumpirmadong may COVID-19?)</i>	YES	NO
---	------------	-----------

3. HAVE YOU HAD ANY CONTACT WITH ANYONE WITH FEVER, COUGH, COLDS, AND SORE THROAT IN THE PAST TWO (2) WEEKS? <i>(Mayroon ka bang nakasama na may lagnat, ubo, sipon o sakit ng lalamunan sa nakalipas na dalawang (2) linggo?)</i>	YES	NO
--	------------	-----------

4. HAVE YOU TRAVELLED OUTSIDE THE PHILIPPINES IN THE LAST FOURTEEN (14) DAYS? <i>(Ikaw ba ay nagbyahe sa labas ng Pilipinas sa nakalipas na labing-apat (14) na araw?)</i>	YES	NO
--	------------	-----------

5. HAVE YOU TRAVELLED TO ANY AREA IN NCR ASIDE FROM YOUR RESIDENCE? <i>(Ikaw ba ay nagpunta sa iba pang parte ng NCR o Metro Manila bukod sa iyong tirahan?)</i>	YES	NO
SPECIFY (Sabihin kung saan):		

I HEREBY AUTHORIZE THE INSURANCE COMMISSION TO COLLECT AND PROCESS THE DATA INDICATED HEREIN FOR THE PURPOSE OF EFFECTING CONTROL OF COVID-19. I UNDERSTAND THAT MY PERSONAL INFORMATION IS PROTECTED UNDER THE DATA PRIVACY ACT OF 2012, AND THAT I AM REQUIRED TO PROVIDE TRUTHFUL INFORMATION BY THE BAYANIHAN TO HEAL AS ONE ACT.
(Pinapayagan ko ang Insurance Commission upang mangolekta at iproseso ang datos na nakasaad dito para sa layunin ng pagpapatupad ng kontrol ng COVID-19. Naiintindihan ko na ang aking personal na impormasyon ay protektado alinsunod sa Data Privacy Act of 2012, at kinakailangan kong magbigay ng makatotohanang impormasyon alinsunod sa Bayanihan to Heal as One Act.)

_____ **Signature (Lagda)** _____ **Date (Petsa)** _____