



SOLO PERSONAL AUTORIZADO

H

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ NO. FOLIO _____ CVE. MOV. _____
MÓDULO: _____ REVISO DOCUMENTOS _____ ELABORÓ TARJETA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO: _____

APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

ENTIDAD DE NACIMIENTO _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO

CURP: _____

OTRO DOCUMENTO APROBATORIO: _____

DIRECCIÓN

CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____

EN CASO DE ACCIDENTE **NO ANOTAR A LA ESPOSA (O) NI A LOS PADRES:** LLAMAR

A: _____

TELÉFONO: _____

TELÉFONO: _____
C.P. _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

Ordene los servicios en los que piensa utilizar su Tarjeta INAPAM en orden de prioridad usando los números del 1 al 6 siendo 1 el de mayor importancia y 6 el de menor importancia.

- Alimentación
- Vestido y Calzado
- Medicamentos, Servicios de Salud
- Agua y Predial
- Recreación
- Transporte Local y Foráneo

¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARIA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM? _____

VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SÍ NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO _____

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ NO

¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? SÍ NO

¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SÍ NO

¿CUÁL? _____

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- DIABETES MELLITUS
- PADECIMIENTO NEUROLÓGICA
- ENFERMEDAD CANCEROSA
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
- ENFERMEDAD REUMÁTICA
- ENFERMEDAD RESPIRATORIA
- OTRA _____

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ O NO O ¿CUÁL? _____

PARA CAMINAR REQUIERE DE: BASTÓN O ANDADERA O MULETAS O SILLA DE RUEDAS O NINGUNO

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO SÍ O NO O OÍDO SÍ O NO O VISTA SÍ O NO O GUSTO SÍ O NO O

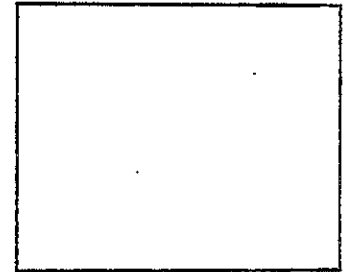
¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SÍ O NO O CUAL? _____

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MAS DE 2 CAÍDAS? NO SÍ EN DOMICILIO EN CALLE

¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 1-3 4-7 MÁS DE 7 NINGUNO



Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fracción III y 28, VII, X, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.



Estoy enterado, recibí tarjeta de conformidad
Nombre y Firma

Huella