

1.-AFILIACION DE ADULTOS MAYORES

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE AFILIACION DE ADULTOS MAYORES

Área: Subdelegación de INAPAM		Fecha de elaboración: MARZO 2019.
Procedimiento: Afiliación de Adultos Mayores		Hoja: 1/1
Responsable	Operación Núm.	Descripción de la actividad
Subdelegada de INAPAM Auxiliar	01	Atiende al Adulto Mayor que solicita información
	02	Entrega los requisitos que necesita para realizar su trámite.
	03	Revisa los documentos de la persona
	04	Si: ¿Esta correcta la documentación? continúa con el procedimiento No: se le indica que es lo que le falta.
	05	Elabora el llenado de la solicitud
	06	Captura la información en la base de datos de las personas que se Afiliaron.
	07	Envía base de datos a las Oficinas de INAPAM Estatal para que se realice la revisión de la afiliación.
	08	Recibe Credencial por personal de INAPAM Estatal mes por mes en Juntas de Capacitación en los diferentes Municipios de Matehuala, S.L.P.
	09	Entrega la Credencial a las personas que la solicitaron.
	10	Archiva la Documentación a cargo del personal operativo.

SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___

H	M
---	---

NO. FOLIO _____ CVE. MOV. _____

MÓDULO: _____ REVISÓ 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 PROBATORIO: _____

DIRECCIÓN

CALLE Y NÚMERO: _____ TELÉFONO: _____

COLONIA: _____ C.P. _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____

TELÉFONO: _____

1. 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

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

3. VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

4. ¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SÍ NO

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

6. ¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ NO

7. ¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? SÍ NO

8. ¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SÍ NO
¿cuál? _____

9. PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

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

10. ¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ O NO O ¿CUÁL?

11. **PARA CAMINAR REQUIERE DE:** BASTÓN ANDADERA SILLA DE RUEDAS
NINGUNO

12. **¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?**
OLFATO SÍ NO OÍDO SÍ NO VISTA SÍ NO
GUSTO SÍ NO

13. **¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE?** ¿SÍ NO CUAL?

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

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

2.-INSCRIPCION DE CLUBS PARA ADULTOS MAYORES

Integración de algún Club se deberá notificar a las oficinas de INAPAM, para integrarlo y darle seguimiento a la Actividad que deseen realizar.

Que tenga los 60 años cumplidos para poder pertenecer a un club.

Los integrantes deberán respetar los días y horarios de reuniones.

Cada club deberá de tener de 15 a 30 integrantes

Cada club deberá escoger un representante quien estará a cargo del grupo

Cada club deberá realizar diferentes actividades como son: Manualidades, Bisutería, Juegos de Mesa y Actividades Deportivas y Sociales.

Cada club deberá programar dos reuniones por semana.

Que su asistencia sea Regular.

Que convivan entre ellos Amistosamente.



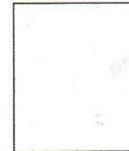
BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO I
CEDULA DE INSCRIPCIÓN POR SOCIO



FECHA: _____ NO. DE AFILIACIÓN: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____
DÍA MES AÑO

DOMICILIO: _____

CALLE NO. COLONIA

C. P. MUNICIPIO ESTADO

TELÉFONO: _____ LUGAR DE ORIGEN: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN ACTUAL: _____

NOMBRE DE ALGÚN FAMILIAR AL QUE SE LE PUEDE AVISAR EN CASO DE ACCIDENTE:

DOMICILIO: _____

CALLE NO. COLONIA

C.P. MUNICIPIO ESTADO

TELÉFONO: _____

ACTIVIDADES EN LAS QUE DESEA PARTICIPAR:

FECHA DE ELABORACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

RESPONSABLE DEL CLUB DE LA TERCERA EDAD



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 5

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

EDAD: _____ **SEXO:** FEMENINO () MASCULINO ()

OCUPACIÓN ACTUAL: _____

OCUPACIÓN ANTERIOR: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () DIVORCIADO () VIUDO ()

ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____
CALLE NÚMERO COLONIA

_____ C.P. MUNICIPIO ESTADO

TELÉFONO: _____ ¿VIVE SOLO? SÍ () NO ()

¿CON QUIÉN? _____

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE: _____

DOMICILIO: _____
CALLE NÚMERO COLONIA

_____ C.P. MUNICIPIO ESTADO

TELÉFONO: _____



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 5

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

III. ACTIVIDADES RECREATIVAS

A) ¿PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN O CLUB? Sí () NO () ¿CUÁL? _____

B) ¿ASISTE A EVENTOS CULTURALES? Sí () NO () ¿DE QUÉ TIPO? _____

C) ¿GUSTA DE REALIZAR EXCURSIONES? Sí () NO () ¿POR QUÉ? _____

D) ¿DESARROLLA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD MANUAL? Sí () NO () ¿DE QUÉ TIPO? _____

E) ¿ASISTE A CONFERENCIAS? Sí () NO () ¿CUÁL? _____

F) ¿QUE TEMAS SON DE SU PREFERENCIA? _____

G) ¿EN QUÉ OCUPA SU TIEMPO LIBRE? _____

H) ¿REALIZA ACTIVIDADES DEPORTIVAS? Sí () NO () ¿CUÁLES? _____



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 5

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

II. SITUACION ECONOMICA

a) ¿CÓMO OBTIENE SUS INGRESOS?

OCUPACION ACTUAL

OCUPACION ANTERIOR

b) TOTAL, DE INGRESOS MENSUALES

ESCOLARIDAD

c) EGRESOS MENSUALES (DESCRIPCIÓN)

C.P.

TELÉFONO

OBSERVACIONES:

DOMICILIO

C.P.

TELÉFONO



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 5

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

VI. DIAGNOSTICO

VII. PLAN SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A) SOCIAL



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 4
RESPONSIVA PARA ACTIVIDADES EXTERNAS

YO _____ SOCIO DEL CLUB _____

CON CREDENCIAL INAPAM NO. _____ BAJO MI RESPONSABILIDAD DESEO ASISTIR A

LAS ACTIVIDADES QUE SE PROGRAMEN FUERA DEL RECINTO DEL CLUB DURANTE 201 _____.

ASIMISMO, AUTORIZO AL INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, DELEGACIÓN ESTATAL

O REPRESENTACIÓN MUNICIPAL HONORÍFICA _____ QUE EN CASO DE ALGÚN ACCIDENTE

O ENFERMEDAD ME TRASLADEN AL SERVICIO MÉDICO QUE CONSIDEREN MÁS ADECUADO.

HOSPITAL O CLÍNICA A LA CUAL SE CANALIZARÁ:

PARTICULAR: _____

IMSS: _____

ISSSTE: _____

DOCTOR CON EL CUAL SE ATIENDE:

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

CALLE

NO.

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

ESTADO

DATOS IMPORTANTES:

TIPO DE SANGRE: _____

ALÉRGICO A: _____

HIPERTENSO O DIABÉTICO: _____

OTRO: _____



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 4
RESPONSIVA PARA ACTIVIDADES EXTERNAS

PARENTESCO DEL FAMILIAR RESPONSABLE: _____

TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

CALLE NO. COLONIA

C.P. MUNICIPIO ESTADO

NOMBRE Y FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE Y FIRMA DE ALGÚN FAMILIAR DE ENTERADO



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 3

CANALIZACION SERVICIO MEDICO

DATOS IMPORTANTES:

TIPO DE SANGRE: _____

ALÉRGICO A: _____

HIPERTENSO O DIABÉTICO: _____

OTRO: _____

PARENTESCO DEL FAMILIAR RESPONSABLE: _____

TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

CALLE

NO.

COLONIA

C. P.

MUNICIPIO

ESTADO

NOMBRE Y FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE Y FIRMA DE ALGÚN FAMILIAR DE ENTERADO



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 3

CANALIZACION SERVICIO MEDICO

YO _____

FAMILIAR DEL SOCIO _____

DEL CLUB _____ CON CREDENCIAL

INAPAM NO. _____ BAJO MI RESPONSABILIDAD DESEO QUE MI FAMILIAR, EN CASO DE

EMERGENCIA SEA CANALIZADO A LA INSTANCIA MÉDICA QUE ABAJO SE CITA:

HOSPITAL O CLÍNICA A LA CUAL SE CANALIZARÁ:

PARTICULAR: _____

IMSS: _____

ISSSTE: _____

DOCTOR CON EL CUAL SE ATIENDE:

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

CALLE

NO.

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

ESTADO

NOMBRE Y FIRMA DE ALGÚN FAMILIAR O ENTERRADO

NOMBRE Y FIRMA DEL AFILIADO



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Dirección de Programas Estatales

Clubes de las Personas Adultas Mayores

FORMATO 2

CERTIFICADO DE SALUD

FECHA: _____

A QUIEN CORRESPONDA:

EL QUE SUSCRIBE C. DR. _____

MÉDICO CIRUJANO CON CÉDULA PROFESIONAL: _____

Y REGISTRO S.S. : _____

EN EJERCICIO DE SU PROFESIÓN LEGALMENTE, HACE CONSTAR QUE EN EL EXAMEN MÉDICO PRACTICADO A:
_____ DE _____ AÑOS DE EDAD, NO SE
ENCONTRARON ANOMALÍAS NI ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, POR LO QUE SE CONSIDERA BIO-
PSICO-SOCIALMENTE SANO (A).

PARA LOS FINALES LEGALES A QUE HAYA LUGAR, SE EXTIENDE LA PRESENTE

TIPO DE SANGRE: _____

ALÉRGICO A: _____

HIPERTENSO O DIABÉTICO: _____

OTRO: _____

DERECHOHABIENTE IMSS _____ ISSSTE _____ OTRO _____

ATENTAMENTE

DR. _____

CEDULA PROFESIONAL NO. _____

4.-CAPACITACIONES A LOS DIFERENTES CLUBS DE INAPAM

Las programaciones respecto a las capacitaciones serán tomando en cuenta las sugerencias de los distintos clubs.

No faltar a las capacitaciones programadas por PROFECO, S.L.P. y/o diferentes Instituciones de S.S.A., DIF, Derechos Humanos, Instancia de la Mujer, etc.

Subdelegada de INAPAM	01	Elabora la Calendarización de las fechas programadas por las diferentes instituciones
Auxiliar Administrativa	02	Avisa a los clubs el día, hora y lugar donde se efectuará la capacitación.
Capacitadores	03	Imparten los cursos programados.