

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN

SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

H M

FECHA DE ELABORACIÓN: / /

NO. FOLIO

REVISO DOCUMENTOS

CVE. MOV.

DATOS DEL SOLICITANTE

ELABORÓ TARJETA:

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 LLAMAR A:

TELÉFONO:

TELÉFONO:

ENTIDAD FEDERATIVA:

C.P.

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 GUSTARÍA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM?

VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SI NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SI NO

¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDÍGENA? SI NO

¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI NO

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

DIABETES MELLITUS

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PADECIMIENTO NEUROLÓGICA

ENFERMEDAD CANCEROSA

ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

ENFERMEDAD REUMÁTICA

ENFERMEDAD RESPIRATORIA

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO CUAL?

PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN ANDADERA SILLA DE RUEDAS NINGUNO

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO SI NO

VISTA SI NO

¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SI NO CUAL?

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MÁS DE 2 CALDAS? NO SI 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, XV, XVI, XVII, XVIII 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

