



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
TARJETA INAPAM CARTÓN

SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___

M	H
---	---

 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 DOC. PROBATORIO: _____

DIRECCIÓN

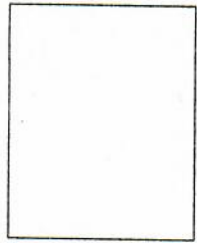
CALLE Y NÚMERO: _____ TELÉFONO: _____

COLONIA: _____ C.P. _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____

TELÉFONO: _____



1. ENUMERE DEL 1 AL 6 LAS SIGUIENTES OPCIONES, SEGÚN EL ORDEN EN QUE PIENSA UTILIZAR SU TARJETA INAPAM:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Vestido y Calzado | <input type="checkbox"/> Medicamentos, Servicios de Salud |
| <input type="checkbox"/> Agua y predio | <input type="checkbox"/> Recreación | <input type="checkbox"/> Trasportes local y foráneo |

2. ¿EN CUÁL OTRO BIEN O SERVICIO SUGIERE DESCUENTO? _____

3. VIVE EN: Casa propia Alquilada Prestada otro _____

4. ¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? si no

5. ¿CON QUIEN VIVE? Solo Familia Amistades Centro asistencia otro _____

6. ¿ES JUBILADO O PENSIONADO? Si No

7. ¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? Si No

8. ¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? No Si ¿cuál? _____

9. PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Padecimiento neurológica | <input type="checkbox"/> Enfermedad cancerosa |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | |

10. ¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? No Si ¿cuál? _____

11. PARA CAMINAR REQUIERE DE: Bastón Andadera Silla de ruedas Ninguno

12. ¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES DE:
Olfato si no Oído si no Vista si no Gusto sí no

13. ¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? No Si cual? _____

14. EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MAS DE 2 CAÍDAS? No Si, en donde? : en domicilio en calle

15. ¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? De 1 a 3 de 4 a 7 más de 7 ninguno