



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
FORMATO IA-ST-003

SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ 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 DOCUMENTO APROBATORIO: _____
DIRECCIÓN
CALLE Y NÚMERO: _____ TELÉFONO: _____
COLONIA: _____ C.P. _____
DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____
EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____
TELÉFONO: _____



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? SI 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? SI NO

¿CUÁL? _____

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

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

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

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

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO SI O NO O OÍDO SI O NO O VISTA SI O NO O GUSTO SI O NO O

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

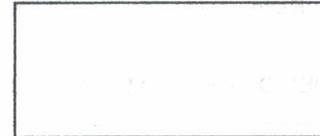
EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MAS DE 2 CAÍDAS? NO SI EN DOMICILIO EN CALLE

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



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
FORMATO IA-ST-003

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fracción III y 28, VII, XV, 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