

**SOLO PERSONAL AUTORIZADO**

**TRÁMITE GRATUITO**

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_/\_\_/\_\_ H M NO. FOLIO \_\_\_\_\_ CVE. MOV. \_\_\_\_\_  
MÓDULO: \_\_\_\_\_ REVISO DOCUMENTOS \_\_\_\_\_ ELABORÓ TARJETA: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

NOMBRE(S): \_\_\_\_\_

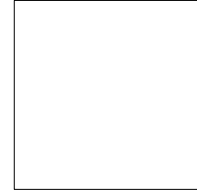
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_

ENTIDAD DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL  SOLTERO  CASADO

CURP: \_\_\_\_\_

OTRO DOCUMENTO APROBATORIO: \_\_\_\_\_



**DIRECCIÓN**

CALLE Y NÚMERO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_

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

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  ¿CUAL? \_\_\_\_\_

**¿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 MULETAS 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 SÍ 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

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