

TIPO PERSONAL AUTORIZADO

FECHA DE ELABORACIÓN: / /

H M

TRÁMITE GRATUITO

CÓDULO: REVISÓ DOCUMENTOS

NO. FOLIO ELABORÓ TARJETA:

CVE. MOV.

DATOS DEL SOLICITANTE

PELLIDO PATERNO: _____

PELLIDO MATERNO: _____

NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: / /

ESTADIDAD DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO

GRUPO SANGUÍNEO: _____

TÍTULO DOCUMENTO APROBATORIO: _____

DIRECCIÓN: _____

CALLE Y NÚMERO: _____ TELÉFONO: _____

COLONIA: _____ C.P. _____

LEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

¿CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: _____

TÉLEFONO: _____



Indique 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

¿QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARIA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM? _____

¿DÓNDE VIVE? EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

¿Tiene acceso a servicios sanitarios? SÍ NO

¿CON QUIÉN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO _____

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ NO

¿SABE ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? SÍ NO

¿REQUIERE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SÍ NO

- ¿SUFRIRIA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:
- DIABETES MELLITUS PADECIMIENTO NEUROLÓGICA ENFERMEDAD CANCEROSA
 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENFERMEDAD DEL CORAZÓN OTRA _____
 - ENFERMEDAD REUMÁTICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA

¿SUFRIRIA ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ O NO O ¿CUÁL? _____

¿REQUIERE ALGUNA AYUDA PARA CAMINAR? DE BASTÓN ANDADERA SILLA DE RUEDAS NINGUNO

¿HA DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES? OÍDO SÍ O NO O VISTA SÍ O NO O GUSTO SÍ O NO O

¿PRACTICA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SÍ O NO O CUAL? _____

¿EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MÁS DE 2 CAÍDAS? NO SÍ EN DOMICILIO EN CALLE

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

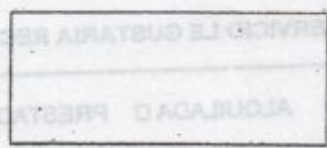


INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
 DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
 FORMATO IA-ST-003



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.

- Medicamentos, Servicios de Salud
- Vestido y Calzado
- Transporte Local y Foráneo
- Resección



Estoy enterado, recibí tarjeta de conformidad
 Nombre y Firma _____

Huella _____

¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?
 ENFERMEDAD NEUROLÓGICA
 ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
 ENFERMEDAD RESPIRATORIA
 ENFERMEDAD RENAL
 ENFERMEDAD CANCEROSA
 OTRA

¿ALGUNA DISCAPACIDAD? SI O NO O ¿CUAL?
 CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN O ANDADERA O SILLA DE RUEDAS O NINGUNO O

¿ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTES? SI O NO O ¿CUAL?
 SI O NO O

¿CÓMO HA SUFRIDO MÁS DE 3 CAÍDAS? NO O SI O EN DOMICILIO O EN CALLE O
 SI O NO O ¿CÓMO HA SUFRIDO MÁS DE 3 CAÍDAS? NO O SI O EN DOMICILIO O EN CALLE O