



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 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 GUSTARÍA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM? _____

VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA OTRO _____

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SÍ 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? SÍ NO

¿CUÁL? _____

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

DIABETES MELLITUS

PADECIMIENTO NEUROLÓGICA

ENFERMEDAD CANCEROSA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

LI OTRA _____

ENFERMEDAD REUMÁTICA

ENFERMEDAD RESPIRATORIA

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ NO ¿CUÁL? _____

PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN ANDADERA SILLA DE RUEDAS NINGUNO

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO

SÍ NO

OÍDO

SÍ NO

VISTA SÍ NO

GUSTO SÍ NO

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

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

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