



SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: / / 

H	M
---	---

 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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentación   | <input type="checkbox"/> Vestido y Calzado | <input type="checkbox"/> Medicamentos, Servicios de Salud |
| <input type="checkbox"/> Agua y Predial | <input type="checkbox"/> Recreación        | <input type="checkbox"/> 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:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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   | <input type="checkbox"/> OTRA _____           |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD REUMÁTICA  | <input type="checkbox"/> 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



Los datos personales serán recabados, protegidos, incorporados y tratados en el "Sistema de Datos Personales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores" (INAPAM) con fundamento en los artículos 2º fracción IV; 3º fracciones I, III, IV, VIII y IX; 4º fracción I y; 5º fracción II b; 13º; 24º y 28º fracciones V, VII, XV, XVI, XVII, y XIX de la ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Con la finalidad de conocer las características y necesidades de la población objetivo. El sistema de datos personales de INAPAM fue registrado ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública ([www.ifai.org.mx](http://www.ifai.org.mx)). La información podrá ser transmitida a la Dirección General del Registro Nacional de Población de Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación, con la finalidad de que el registro Nacional de Población mantenga permanentemente actualizada su información, incorporando los avances tecnológicos disponibles para su funcionamiento (artículos 80 y 82 del Reglamento de la Ley General de Población) además de otras transmisiones previstas en la Ley. La unidad Administrativa responsable de sistema de datos personales es el Departamento de Afiliación del INAPAM, la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de sus datos personales ante la misma es en Peten núm. 419 col. Narvarte, delegación Benito Juárez C.P. 03020, México D.F. Lo anterior se informa en cumplimiento de Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

Estoy enterado, recibí credencial de conformidad  
Nombre y Firma