



SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

Form fields for Date of Elaboration (Day, Month, Year), Gender (F/M), Folio, CVE MOV (NR/R/C), and Module (Revisar Documentos/Capturista).

Fotografía

DATOS DEL SOLICITANTE

Form fields for APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, and NOMBRE(S).

Form fields for CURP and ESTADO CIVIL (Soltero/Casado).

Form field for ENTIDAD DE NACIMIENTO.

Form fields for Fecha de Nacimiento (Day, Month, Year), Domicilio Actual (Calle, # Ext., # Int.), and Colonia.

Form fields for Teléfono (LADA, e-mail).

Form fields for Municipio, C.P., and Entidad.

Form field for EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A:.

Form fields for Teléfono de Emergencia (Casa/Oficina/Celular).

ORDENE POR IMPORTANCIA DEL 1 AL 6 LOS SERVICIOS EN LOS QUE PIENSA UTILIZAR SU TARJETA

- Checkboxes for services: Alimentación, Vestido y Calzado, Medicamentos, Servicios de Salud, Agua y Predial, Identificación personal, Transporte Local y Foráneo.

¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARÍA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM?

VIVE EN CASA PROPIA, ALQUILADA, PRESTADA, CENTRO DE ASISTENCIA, OTRO

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SI, NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO, FAMILIA, AMISTADES, CENTRO ASISTENCIA, OTRO

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SI, NO

¿HABLA ALGÚN DIALECTO O LENGUA INDÍGENA? SI, NO, ¿CUÁL?

¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI, NO

¿RECIBE AYUDA DE ALGÚN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI, NO, ¿CUÁL?

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- Checkboxes for diseases: DIABETES MELLITUS, PADECIMIENTO NEUROLÓGICO, ENFERMEDAD CANCEROSA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENFERMEDAD DEL CORAZÓN, ENFERMEDAD REUMÁTICA, ENFERMEDAD RESPIRATORIA, OTRA.

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI, NO, ¿CUÁL?

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

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO, OÍDO, VISTA, GUSTO

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

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

¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 0-3, 4-7, MÁS DE 7

1) HABILIDADES TÉCNICAS Y PROFESIONALES CON QUE CUENTA Y QUE PODRÍA OFRECER COMO INSTRUCTOR.

2) ACTIVIDADES SOCIALES, ARTÍSTICAS, CULTURALES Y DEPORTIVAS A LAS QUE QUISIERA SER INVITADO

Aceptación de términos

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 2° fracción IV, 3° fracciones I, III, IV, VIII y IX, 4° fracción I y, 5° fracción I) b), 13°, 24° y 28° fracciones V, VII, XV, XVI, XVII, y XIX de la ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores...

Enterado, recibí Tarjeta INAPAM

SEDESOL
SECRETARÍA DE
DESARROLLO SOCIAL



TARJETA INAPAM

INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

Fecha de nacimiento:

Apellido paterno:

Apellido materno:

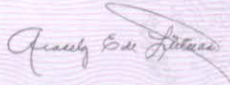
Nombre(s):

Folio: **P33 2900200**

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

Domicilio particular:

En caso de accidente avisar a:



Aracely Escalante Jasso
Directora General del Inapam

Huella

Firma

www.gobiernofederal.gov.mx

www.sedesol.gov.mx

www.inapam.gov.mx

Este documento es intransferible, no es válido si presenta tachaduras o enmendaduras.