



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
TARJETA INAPAM CARTÓN

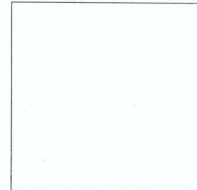
SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___ H 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

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 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 | <input type="checkbox"/> |

¿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

¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI 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? SI O NO O ¿CUÁL? _____

PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN O ANDADERA 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



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN
TARJETA INAPAM CARTÓN

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). 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 del 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

REQUISITOS PARA CREDENCIAL DE INAPAM

*2 COPIAS DE CREDENCIAL DE ELECTOR

* 2 COPIAS DE ACTA DE NACIMIENTO

*2 COPIAS DE LA CURP

*2 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL