



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DEL MUNICIPIO DE ELOTA**

**PROGRAMA INAPAM**

**REQUISITOS PARA INGRESAR  
AL PROGRAMA INAPAM**

- 1. PARA EL REGISTRO ACUDIR A LAS INSTALACIONES DE LA CASA DEL ABUELO A LAS OFICINA DEL INAPAM O BIEN AL CLUB, EL CUAL PERTENECE EN SU COMUNIDAD :**

**AL INGRESAR UN ADULTO MAYOR DEBE LLEVAR CONSIGO:**

- **Credencial del INAPAM (1 copias).**
  - **CURP (1 copias).**
  - **Certificado Médico expedido por cualquier médico familiar o bien por el médico del Sistema DIF Elota, no mayor a 3 meses (Original).**
- 2. LA COORDINADORA DARA A CONOCER DE MANERA GENERAL LAS ACTIVIDADES A REALIZAR DENTRO DEL CLUB, UNA VEZ LEIDO, PASAR AL**
  - 3. LLENADO DE LA CEDULA DE INSCRIPCION Y CARTA RESPONSIVA EN CASO DE ACTIVIDADES EXTERNAS.**
  - 4. EL TRAMITE Y EL SERVICIO ES TOTALMENTE GRATUITO.**

**ATENTAMENTE**

**COORDINADORA DEL PROGRAMA INAPAM**



FOTO

*Clubes de las Personas Adultas Mayores*  
**CÉDULA DE INSCRIPCIÓN**

**Club:**

**Fecha de ingreso:**  **Fecha de aplicación**

**CURP**  **No. INAPAM**

**Elaboró**

**1. DATOS PERSONALES**

**Nombre**

Apellido 1  Apellido 2  Nombre (s)

**Fecha de nacimiento**  **Sexo**  M  H

DD / MM / AAAA Mujer - Hombre

**Estado Civil:**  Soltera/o  Soltera/o por viudez  Casada/o  
 Unión libre  Divorciada/o

**Domicilio**

Calle  No.  Colonia

C.P.  Municipio  Entidad

**Tel. Fijo**  **Tel. Celular**

**Escolaridad**

**Ocupación actual**

**2. INFORMACIÓN MÉDICA**

Cuento con el servicio médico de:

- IMSS       ISSSTE       SEDENA       PEMEX       INSABI
- OTRO \_\_\_\_\_

Tipo de sangre:	<input type="text"/>
Alergias:	<input type="text"/>
Padecimientos:	<input type="text"/>
Medicamentos que ingiero:	<input type="text"/>
Nombre del doctor que me atiende:	<input type="text"/>
Teléfono de mi doctor:	<input type="text"/>



*Clubes de las Personas Adultas Mayores*

**CÉDULA DE INSCRIPCIÓN**

**3. DEPENDENCIA ECONÓMICA**

- ¿Trabajo actualmente? ( ) Sí ( ) No  
 ¿Recibo pensión? ( ) Sí ( ) No  
 ¿Soy independiente económicamente? ( ) Sí (pase a 4) ( ) No  
 ¿Cuál es el parentesco con mi principal proveedor?

**4. VIVIENDA**

Tipo de Vivienda:

- ( ) Casa ( ) Departamento ( ) Vecindad

( ) Otro (Especifique)

Propiedad de la Vivienda:

- ( ) Propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( ) Asilada

( ) Otro (Especifique)

Nombre de una persona con quien vivo

Parentesco

**5. ACTIVIDADES RECREATIVAS**

	Sí	No	Especifique cuáles o de qué tipo
¿Pertenezco a alguna asociación o club?			
¿Asisto a eventos culturales?			
¿Desarrollo alguna actividad manual?			
¿Me gusta asistir a pláticas o conferencias?			
¿Me gusta realizar excursiones?			
¿Realizo actividades deportivas?			
¿Tengo pasatiempos o <i>hobbies</i> ?			

**Actividades en las que deseo participar**

**6. OBSERVACIONES**



*Clubes de las Personas Adultas Mayores*  
**CÉDULA DE INSCRIPCIÓN**

**7. MANIFIESTO DE CONFORMIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales autorizo a la persona titular del club de las personas adultas mayores a que, en caso de emergencia médica o accidente, localice a mi familiar o responsable para mi atención, y de no encontrarlo me canalice al servicio médico respectivo y/o más cercano.

**8. DATOS DEL RESPONSABLE O FAMILIAR**

<b>Nombre</b>			
	Apellido 1	Apellido 2	Nombre (s)
<b>Domicilio</b>			
	Calle	No.	Colonia
	C.P.	Municipio	Entidad
<b>Tel. Fijo</b>		<b>Tel. Celular</b>	

Por este medio, declaramos que hemos leído el reglamento y estamos de acuerdo en cumplir con las normas establecidas para el buen desarrollo y convivencia del club de las personas adultas mayores.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PERSONA MAYOR**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE FAMILIAR RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE RESPONSABLE DE CLUB**



**BIENESTAR**  
SECRETARÍA DE BIENESTAR



**INAPAM**  
INSTITUTO NACIONAL DE LAS  
PERSONAS ADULTAS MAYORES

*Clubes de las Personas Adultas Mayores*

**RESPONSIVA PARA ACTIVIDADES EXTERNAS**

Yo \_\_\_\_\_ socia (o) del club  
\_\_\_\_\_ con número de afiliación INAPAM  
\_\_\_\_\_ bajo protesta de decir verdad, manifiesto mi voluntad para asistir a las  
actividades recreativas programadas fuera del domicilio del Club durante 2022.

Asimismo, en caso de accidente o urgencia médica surgida durante la actividad recreativa, autorizo al responsable del Club me traslade al servicio médico respectivo y/o más cercano, dando aviso de forma inmediata al familiar o persona responsable designada por la/el suscrita/o:

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PERSONA MAYOR**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE FAMILIAR RESPONSABLE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE PERSONA MAYOR**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE FAMILIAR RESPONSABLE**

Datos de contacto del familiar o persona responsable:

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

