



**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

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

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 _____

