

SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ M F NO. FOLIO \_\_\_\_\_ CVE. MOV. \_\_\_\_\_  
MÓDULO: \_\_\_\_\_ REVISÓ DOCUMENTOS \_\_\_\_\_ ELABORÓ TARJETA: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

NOMBRE(S): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
DÍA MES AÑO

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  Vestido y Calzado  Medicamentos, Servicios de Salud  
 Agua y Predial  Recreación  Transporte Local y Foráneo

¿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? SI  NO ¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI  NO 

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

## PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- DIABETES MELLITUS  PADECIMIENTO NEUROLÓGICA  ENFERMEDAD CANCEROSA  
 HIPERTENSIÓN ARTERIAL  ENFERMEDAD DEL CORAZÓN  OTRA \_\_\_\_\_  
 ENFERMEDAD REUMÁTICA  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 SI 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