



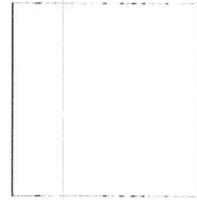
SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ H M NO. FOLIO \_\_\_\_ CVE. MOV. \_\_\_\_  
MÓDULO: \_\_\_\_ REVISO 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  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? SÍ  NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO  FAMILIA  AMISTADES  CENTRO ASISTENCIA  OTRO \_\_\_\_\_

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ  NO

¿RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? SÍ  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? SÍ O NO O ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN O ANDADERA O SILLA DE RUEDAS O NINGUNO O \_\_\_\_\_

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO SÍ O NO O OÍDO SÍ O NO O VISTA SÍ O NO O GUSTO SÍ O NO O

¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SÍ O NO O CUAL? \_\_\_\_\_

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

¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 1-3  4-7  MÁS DE 7  NINGUNO