



SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
MÓDULO: \_\_\_\_\_

H | M

NO. FOLIO \_\_\_\_\_ CVE. MOV. \_\_\_\_\_  
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
- Vestido y Calzado
- Medicamentos, Servicios de Salud
- Agua y Predial
- Recreación
- Transporte Local y Foráneo

¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARÍA 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

¿HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? 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  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

PARÁ CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN  ANDADERA  SILLA DE RUEDAS  NINGUNO

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

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

¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SÍ  NO  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