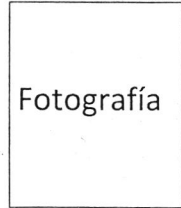




SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN:	Día	Mes	Año	GENERO	F	M	FOLIO			
MODULO:	REVISO DOCUMENTOS			CAPTURISTA			CVE MOV	NR	R	C



DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

CURP		ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO
------	--	--------------	---------	--------

ENTIDAD DE NACIMIENTO:	
------------------------	--

FECHA DE NACIMIENTO:	DOMICILIO ACTUAL:	# EXT.	# INT	COLONIA
Día Mes Año	CALLE			

TELÉFONO	LADA	e-mail
----------	------	--------

MUNICIPIO	C.P.	ENTIDAD
-----------	------	---------

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A:	
--------------------------------	--

TELÉFONO DE EMERGENCIA	CASA	OFICINA	CELULAR
------------------------	------	---------	---------

ORDENE POR IMPORTANCIA DEL 1 AL 6 LOS SERVICIOS EN LOS QUE PIENSA UTILIZAR SU TARJETA

- Alimentación
- Vestido y Calzado
- Medicamentos, Servicios de Salud
- Agua y Predial
- Identificación personal
- Transporte Local y Foráneo

¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARÍA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM?

VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA CENTRO DE ASISTENCIA OTRO

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SÍ NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ NO

¿HABLA ALGÚN DIALECTO O LENGUA INDÍGENA? SÍ NO ¿CUÁL? _____

¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SÍ NO

¿RECIBE AYUDA DE ALGÚN PROGRAMA DE GOBIERNO? SÍ NO ¿CUÁL? _____

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- DIABETES MELLITUS
- PADECIMIENTO NEUROLÓGICO
- ENFERMEDAD CANCEROSA
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
- ENFERMEDAD REUMÁTICA
- ENFERMEDAD RESPIRATORIA
- OTRA _____

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ NO ¿CUÁL? _____

PARA 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? 0-3 4-7 MÁS DE 7

1) HABILIDADES TÉCNICAS Y PROFESIONALES CON QUE CUENTA Y QUE PODRÍA OFRECER COMO INSTRUCTOR.

2) ACTIVIDADES SOCIALES, ARTÍSTICAS, CULTURALES Y DEPORTIVAS A LAS QUE QUISIERA SER INVITADO

Aceptación de términos

Los datos personales serán recabados, protegidos, incorporados y tratados en el "Sistema de Datos Personales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores" (INAPAM) con fundamento en los artículos 2º fracción IV, 3º fracciones I, III, IV, VIII y IX; 4º fracción I y; 5º fracción II b; 13º, 24º y 28º fracciones V, VII, XV, XVI, XVII, y XIX de la ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores con la finalidad de conocer las características y necesidades de la población objetivo. El sistema de datos personales del INAPAM fue registrado ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx). La información podrá ser transmitida a la Dirección General del Registro Nacional de Población de Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación, con la finalidad de que el Registro Nacional de Población mantenga permanentemente actualizada su información, incorporando los avances tecnológicos disponibles para su funcionamiento (Artículos 80 y 82 del reglamento de la Ley General de Población) además de otras transmisiones previstas en la ley. La Unidad Administrativa responsable del sistema de datos personales es el Departamento de Afiliación del INAPAM, la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de sus datos personales ante la misma en su Patén núm. 419 col. Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020, México, D.F. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005

Enterado, recibí Tarjeta INAPAM _____