



SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN:

Form for Date of Elaboration (Día, Mes, Año)

Form for Gender (GENERO F M)

Form for Folio (FOLIO)

CVEMOV

Form for NR

Form for R

Form for C

MODULO:

Form for Module

REVISO DOCUMENTOS

Form for Revisos

CAPTURISTA

Form for Capturista

DATOS DEL SOLICITANTE

Fotografía

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

Form for Surnames and Name

CURP

Form for CURP

ESTADO CIVIL

Form for Soltero

Form for Casado

Form for Other

ENTIDAD DE NACIMIENTO:

Form for State of Birth

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO ACTUAL:

# EXT.

# INT

COLONIA

Form for Date of Birth (Día, Mes, Año)

CALLE

Form for Street

Form for Extension

Form for Colonia

TELÉFONO

LADA

Form for Phone Number

e-mail

Form for Email

MUNICIPIO

Form for Municipality

C.P.

Form for C.P.

ENTIDAD

Form for State

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A:

Form for Emergency Contact

TELÉFONO DE EMERGENCIA

Form for Emergency Phone

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 OTRO

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SI NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SI NO

¿HABLA ALGÚN DIALECTO O LENGUA INDÍGENA? SI NO ¿CUÁL?

¿RECIBE AYUDA DE ALGÚN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI NO ¿CUÁL?

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

DIABETES MELLITUS

PADECIMIENTO NEUROLÓGICO

ENFERMEDAD CÁNCEROSA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

ENFERMEDAD REUMÁTICA

ENFERMEDAD RESPIRATORIA OTRA

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO ¿CUÁL?

PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN ANDADERA SILLA DE RUEDAS NINGUNO

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO SI NO

OÍDO SI NO

VISTA SI NO

GUSTO SI NO

¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SI NO ¿CUÁL?

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MAS DE 2 CAÍDAS? NO SI 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 I) y 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 e 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 60 y 62 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.