

# COORDINACIÓN DE INAPAM

BIENESTAR SECRETARÍA DE BIENESTAR		INAPAM INSTITUTO NACIONAL DE ATENCIÓN AL PACIENTE	
SOLICITUD DE AFILIACIÓN			
FORMATO IA-S1-003			
Fecha de elaboración:	dd / mm / aaaa	H   M Sexo	Folio de la Tarjeta
			NVA   REPO Expedición
Datos de quien solicita			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Apellido paterno:	_____		
Apellido materno:	_____		
Nombre (s):	_____		
Fecha de nacimiento:	dd / mm / aaaa	Lugar de nacimiento: _____	
CURP:	_____		
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltera (e)	<input type="checkbox"/> Casada (o)	Núm. Telefónico: _____
Domicilio:	Calle y número _____		C.P. _____
Colonia:	_____		Alcaldía o municipio: _____
Entidad federativa:	_____		
Contacto en caso de emergencia:	Nombre _____	Núm. Telefónico _____	