

Requisitos para ser beneficiados con apoyo de despensas

Solicitud dirigida a la Profra. Lucia Guadalupe Suarez Juárez.



Credencial de elector.

Comprobante de domicilio.

No contar con ningún programa de apoyo.

Mayores de 60 años y menores de 65, madres enfermas y solteras

REQUISITOS PARA SER BENEFICIADOS CON APOYO DE BASTONES, MULETAS, ANDADERAS Y CARREOLAS ORTOPEDICAS SILLA DE RUEDA ETC

- Elaborar solicitud de apoyo dirigido a la **PROFRA. LUCIA GUADALUPE SUAREZ JUÁREZ. Coordinadora General del DIF.**

- Constancia medica con el diagnostico actual del paciente.

- Copia de la credencial de elector y acta de nacimiento.

- Copia de la credencial de elector de la familia que gestiona el apoyo.

- Comprobante de domicilio.

- Copia de la CURP



**Requisitos para credenciales de INAPAM**

1 Copia del acta de nacimiento

1 copia de la credencial de elector

1 copia de la curp

2 fotografías tamaño infantil a color reciente.

Tener 60 años cumplidos

Más informes en el Dif. Municipal. Tel. 34 2-08-32



**PASAJE GRATIS**

FECHA: \_\_\_\_\_

**Destino: Tenosique – Villahermosa**

**Hora: 5:00 AM.**

**Regreso: Villahermosa – Tenosique**

**Hora: 13:00 PM.**

**NOMBRE: \_\_\_\_\_**

**Lugar de Salida: DIF MUNICIPAL**

**Ubicación de Regreso: WALL-MART – Av. Ruiz Cortines y Av. Universidad.**



**H. AYUNTAMIENTO DE TENOSIQUE  
DIF MUNICIPAL  
COORDINACION DE ATENCION CIUDADANA**



Apoyo con **Análisis Clínicos** a Personas de Escasos Recursos

Nombre: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Col./Loc: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Atendió: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Cant.	Concepto (Análisis)	Importe

ING. MARCO A. ECHAVARRIA LANDERO  
Coordinador de Atención Ciudadana DIF Municipal

PROFA. LUCIA GPE. SUAREZ JUAREZ  
Coordinadora General del DIF Municipal

Nombre y Firma  
Autorizo

Nombre y Firma  
Va. Bo.

Nombre y Firma  
Recibo



**H. AYUNTAMIENTO DE TENOSIQUE  
DIF MUNICIPAL  
COORDINACION DE ATENCION CIUDADANA**



Apoyo con **Medicamentos** a Personas de Escasos Recursos

Nombre: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Col./Loc: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Atendió: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_

Cant.	Medicamento	

ING. MARCO A. ECHAVARRIA LANDERO  
Coordinador de Atención Ciudadana DIF Municipal

PROFA. LUCIA GPE. SUAREZ JUAREZ  
Coordinadora General del DIF Municipal

Nombre y Firma Autorizo

Nombre y Firma Va. Bo.

Nombre y Firma Recibo

---

TENOSIQUE, TABASCO A \_\_\_\_\_ 2015.

PROFRA. LUCIA GUADALUPE SUÀREZ JUAREZ  
COORDINADORA GENERAL DEL DIF MUNICIPAL.

P R E S E N T E.

Por medio del presente le saludo con afecto, y a la vez le solicito a usted, su valioso apoyo con: \_\_\_\_\_ ya que soy de bajos recursos económicos y le pido su ayuda para el bien estar mío y el de mi familia.

Esperando verme favorecida (o) a esta petición le agradezco la atención prestada a la presente.

ATENTAMENTE

---

# H. AYUNTAMIENTO DE TENOSIQUE

## ACTA DE DONACIÓN

En el Edificio que ocupa el H. Ayuntamiento Constitucional del Municipio de Tenosique, Tabasco, Siendo las \_\_\_\_\_ horas, del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 2015, se procedió a levantar el acta de la Coordinación General del DIF Municipal, de los siguientes artículos:

---

---

---

ENTREGO

RECIBIO

---

Profa. Lucia Guadalupe Suárez Juárez  
Coordinadora General del DIF municipal.

---

TESTIGOS

---

Lic. Roberto Álvarez Guzmán.  
Coordinador Administrativo Dif.

---

Ing. Marco A. Echavarría Landero  
Coordinador de Atención Ciudadana



NO. DE EXPEDIENTE:
FECHA:

**DIF MUNICIPAL TENOSIQUE**  
**ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

<b>I.-DATOS DE IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE:</b>	
NOMBRE:	
EDAD:	ESTADO CIVIL:
DOMICILIO:	
PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:	

<b>II.-DATOS DE IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO:</b>		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
FECHA DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	SEXO:
TIPO DE CENTRO DE TRABAJO:		
DOMICILIO PARTICULAR		
CALLE Y No. / INTERIOR O EXTERIOR	COLONIA:	POBLADO:
RACHERIA:	EJIDO:	ESTADO:

<b>III.-INTEGRACION FAMILIAR:</b>				
NOMBRE	EDAD	SEXO	PARENTESCO	OCUPACION

NUM. DE TEL. DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

NO. DE EXPEDIENTE:

**DIF MUNICIPAL TENOSIQUE**  
**ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

**V.-PERFIL DE VIVIENDA: (OBSERBACIONES SENSORIALES):**

**VI.-OBSERVACIONES DE TRABAJO SOCIAL:**

**VII.-SUGERENCIA DE LA TRABAJADORA SOCIAL:**

TENOSIQUE, TAB.

DIA:

MES:

AÑO:

\_\_\_\_\_  
AREA DE TRABAJO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
**ING. MARCO A. ECHAVARRIA LANDERO**  
COORDINADOR DE ATENCION CIUDADANA DIF

**REGISTRO DE ATENCION CIUDADANA**

	NOMBRE DEL CIUDADANO	FECHA	DOMICILIO	MOTIVO DE VISITA	NO.FOLIO
				TRAMITE CREDENCIAL  INAPAM	

**DIRECCION DE PROGRAMAS ESTATALES.  
DEPARTAMENTO DE AFILIACION.**

-----  
-----

**SOLO PERSONAL INAPAM  
GRATUITO**

**TRÁMITE**

FECHA DE ELABORACION: 

H	M
---	---

 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NO

FOLIO: \_\_\_\_\_ CVE. MOV. \_\_\_\_\_

MODULO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AUTORIZO:

-----  
-----

**DATOS DEL SOLICITANTE**

<b>FOTOGRAFIA</b>
<b>TAMAÑO</b>
<b>INFANTIL</b>

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CURP:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**DIRECCION**

CALLE: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

DELEGACION o MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA:

\_\_\_\_\_

**EN CASO SE ACCIDENTE LLAMAR A:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_



**DIRECCION DE PROGRAMAS ESTATALES.  
DEPARTAMENTO DE AFILIACION.**

---

**SOLO PERSONAL INAPAM**

**TRÁMITE GRATUITO**

FECHA DE ELABORACION:

<b>H</b>	<b>M</b>
----------	----------

 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NO

FOLIO: \_\_\_\_\_ CVE. MOV. \_\_\_\_\_

MODULO: \_\_\_\_\_

AUTORIZO: \_\_\_\_\_

---

**DATOS DEL SOLICITANTE**



APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CURP: \_\_\_/\_\_\_

**DIRECCION**

CALLE: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_

DELEGACION o MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_

**EN CASO SE ACCIDENTE LLAMAR A:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_

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 de 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 y Estadística del INAPAM, la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de sus datos personales ante la misma es en Peten núm. 419 col. Narvarte, delegación Benito Juárez C.P. 03020, México D.F. Lo anterior se informa en cumplimiento de Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, Publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

---

Estoy enterado, recibí credencial de conformidad  
Nombre y Firma

## HISTORIA CLINICA – ODONTOLOGICA

NOMBRE:

FECHA:

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

DOMICILIO:

ANTECEDENTE

### ODONTOGRAMA

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO:

### LISTA DE PACIENTE DE ODONTOLOGIA

No.	FECHA	NOMBRE DEL SOLICITANTE	EDAD	DOMICILIO	TELÉFONO	ASUNTO	OBSERVACIÓN
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							