



DL-14BS - SOLICITUD DE UNA LICENCIA DE CONDUCIR (DL) O TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID) DE TEXAS (MENOR DE EDAD – BAJO DE 17 AÑOS Y 10 MESES DE EDAD)

AVISO: Toda la información proporcionada en esta solicitud deberá escribirse con TINTA. Las solicitudes solo se conservan durante 90 días. DPS NO PODRÁ HACER REEMBOLSO DE PAGO UNA VEZ PRESENTADA LA SOLICITUD.

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO RESTRICCIONES/ENDOSOS

No. ASIGNADO # _____

Aplicación para: Licencia de Conducir Tarjeta de Identificación Clase (escoja una): A B C Motocicleta: S N
Escoja una: Original Renovación Reemplazo Modificar Cambio de Domicilio o Nombre

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Sufijo: _____ Nombre Nacido/Soltera: _____ SSN: _____
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Sexo (escoja uno): Hombre Mujer Estatura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ Lbs.
Color de Ojos (escoja uno): Azul Café Gris Borrado Verde Negro Marrón Rosa
Color de Cabello (escoja uno): Negro Rojo Gris Café Rubio Calvo Blanco
Raza (escoja uno): (AI) Amerindio/Nativo de Alaska (AP) asiático/nativo de las Islas del Pacífico (BK) Negro (W) Blanco
Etnia (escoja uno): (H) Orígenes Hispanas (O) No Hispano (U) Desconocido
Lugar de Nacimiento: Ciudad: _____ Estado: _____ Condado: _____ País: _____
Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

INFORMACION DE CONTACTO

Dirección del Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
Dirección de Correo/Postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
Número de teléfono de Hogar: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____
*Pueden aplicar las tarifas de mensajes estándar y de datos.

¿En caso de lesión o muerte, le gustaría proveer dos contactos de emergencia? En caso afirmativo, por favor de apuntar:

a) Nombre _____ Número de teléfono _____ Dirección _____
b) Nombre _____ Número de teléfono _____ Dirección _____

Dirección Alternativa: (Sólo personal autorizado)

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

INFORMACIÓN REQUERIDA DE TODOS LOS SOLICITANTES

SI NO

- 1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?
- 2. ¿Tiene alguna afección de salud que le puede impedir comunicarse con un oficial? (Medico debe preparar Forma DL-101)
- 3. ¿Desea registrarse como donador de órganos? Sí = Agregar/Mantener mi nombre en el Registro de Done Vida Texas (Agregar/Mantener el Símbolo del Corazón del Héroe)
No = No agrega su nombre al Registro y no elimina su nombre si ya está registrado*
*Al seleccionar no, debe eliminar su nombre del registro de Done Vida Texas en www.donatelifetexas.org/my-dlt/. Ingrese su información para obtener acceso a su registro. Al hacerlo, tendrá la opción de eliminar su nombre del registro.
- 4. ¿Desea donar \$1.00 al Programa de Educación, Evaluación y Tratamiento para la Ceguera?
- 5. ¿Desea apoyar el Programa de Registro de Texas-Glenda Dawson Donar Vida? En caso afirmativo, indique una la cantidad de la donación de \$1.00 o más \$_____.00.
- 6. ¿Desea apoyar los Veteranos de Texas? En caso afirmativo, indique la cantidad de su donación de \$1.00 o más \$_____.00.
- 7. ¿Desea apoyar a los sobrevivientes de asalto sexual? En caso afirmativo, indique la cantidad de donación de \$1.00 o más \$_____.00 para ayudar a financiar la recopilación de evidencia de asalto sexual (kit de violación)
- 8. ¿Desea apoyar la emisión de una licencia o identificación para jóvenes adoptados o sin hogar? En caso de que si, por favor indique la cantidad de donación de \$1 o más para eximir a esta población de tener que pagar la tarifa. \$_____.00

INFORMACION REQUERIDA SOLAMENTE DE LOS SOLICITANTES DE LICENSIA DE CONDUCIR (PARA USO CONFIDENCIAL SOLO POR EL DEPARTAMENTO)

PREGUNTAS SOBRE SU HISTORIAL MEDICO

SI NO

- 1. ¿Actualmente tiene, o se ha diagnosticado con, o se ha tratado alguna vez por alguna condición médica que podrá afectar su capacidad de operar un vehículo motorizado?
Ejemplos incluyen, pero no están limitados a: diagnosticado o ser tratado por problemas del corazón, embolia, hemorragia o coágulos, alta presión sanguínea, enfisema (durante los últimos dos años) • trastorno ocular progresivo (i.e. glaucoma, degeneración macular, etc.) • dificultad girando la cabeza de lado a lado • pérdida de control muscular • rigidez en las articulaciones o del cuello • coordinación de mano-ojo inadecuado • condición médica que afecta su juicio • mareos o problemas de equilibrio • extremidades faltantes
Por favor de explicar su condición médica : _____
- 2. ¿Tiene Ud. una condición mental que podrá afectar su capacidad de operar un vehículo motorizado? ¿En caso afirmativo, por favor de explicar cuál o cómo? _____
- 3. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión epiléptica, convulsión, pérdida de consciencia u otra convulsión?
- 4. ¿Tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina?
- 5. ¿Tiene alguna dependencia de alcohol o drogas que podrá afectar su capacidad de operar un vehículo motorizado o ha tenido algún episodio de abuso de alcohol o drogas en los últimos dos años?
- 6. En los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra afección médica grave? Por favor de elaborar: _____
- 7. ¿Alguna vez ha sido referido a la Junta Médica de Texas para (obtener) Licencias de Conducir?

