



**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

- ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?
- ¿Tiene alguna afección de salud que le puede impedir comunicarse con un oficial? (Medico debe preparar Forma DL-101)
- ¿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/](http://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.
- ¿Desea donar \$1.00 al Programa de Educación, Evaluación y Tratamiento para la Ceguera?
- ¿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.
- ¿Desea apoyar los Veteranos de Texas? En caso afirmativo, indique la cantidad de su donación de \$1.00 o más \$\_\_\_\_\_.00.
- ¿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)
- ¿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

- ¿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 : \_\_\_\_\_
- ¿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? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido una convulsión epiléptica, convulsión, pérdida de consciencia u otra convulsión?
- ¿Tiene diabetes que requiere tratamiento con insulina?
- ¿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?
- En los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra afección médica grave? Por favor de elaborar: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido referido a la Junta Médica de Texas para (obtener) Licencias de Conducir?

