



Formulario de Solicitud de Autorización de Uso Terapéutico (AUT)

Por favor complete todas las secciones en letras mayúsculas o a máquina. El deportista debe completar las secciones 1, 5, 6 y 7; el médico debe completar las secciones 2, 3 y 4. Las solicitudes ilegibles o incompletas se devolverán y se deberán presentar nuevamente de forma legible y completa.

1. Información del Deportista

Apellido: _____	Nombres: _____	
Mujer <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (d/m/y): _____
Dirección: _____		
Ciudad: _____	País: _____	Código Postal: _____
Tel.: _____		E-mail: _____
<i>(Con código internacional)</i>		
Deporte: _____	Disciplina/Posición: _____	
Organización Deportiva Nacional/Internacional _____		
Si el Deportista tiene alguna discapacidad, tenga a bien indicar la misma: _____ _____		

2. Información Médica (continúe en una hoja aparte si es necesario)

Diagnóstico: _____
Si una medicación permitida puede ser usada para el tratamiento de la condición médica, por favor proporcione la justificación clínica para la solicitud de uso de una medicación prohibida _____ _____

Comentario:

Los elementos que confirmen el diagnóstico deben ser anexados y enviados con esta solicitud. Las pruebas médicas deben incluir un historial médico completo y los resultados de todos los exámenes pertinentes, investigaciones de laboratorio y estudios de imágenes. Las copias de los informes o cartas originales deben ser incluidas cuando sea posible. Las pruebas deben ser lo más objetivas posibles teniendo en cuenta las circunstancias clínicas. En el caso de condiciones no demostrables, opiniones médicas independientes respaldarán esta solicitud.

WADA mantiene una serie de guías para ayudar a los médicos en la preparación de toda la solicitud de AUT. Se puede acceder a esta serie de Guías Médicas de AUT ingresando el término de búsqueda "Información Médica" en el sitio web de WADA: <https://www.wada-ama.org>. Las guías establecen el diagnóstico y el tratamiento de varias condiciones médicas que afectan a los deportistas y el tratamiento requerido con sustancias prohibidas.

3. Detalles Médicos

Sustancias Prohibidas(s): <u>Nombre genérico</u>	Dosis	Forma de Administración	Frecuencia	Duración del tratamiento
1.				
2.				
3.				

4. Declaración del Médico Actuante

Certifico que la información que figura en las secciones 2 y 3 anteriores es precisa y que el tratamiento arriba mencionado es médicamente apropiado.

Nombre: _____

Especialidad médica: _____

Dirección: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Firma del médico actuante: _____ Fecha: _____

5. Solicitudes retroactivas

<p>¿Es esta una solicitud retroactiva?</p> <p>Sí: <input type="checkbox"/></p> <p>No: <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha comenzó el tratamiento?</p> <hr/>	<p>Por favor indique una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Fue necesario un tratamiento de emergencia o tratamiento de una condición médica aguda</p> <p><input type="checkbox"/> Debido a otras circunstancias excepcionales no hubo tiempo ni oportunidades suficientes para presentar una solicitud antes de la recogida de muestras</p> <p><input type="checkbox"/> No se requiere una solicitud anticipada según las normas aplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Legitimidad (Aprobación requerida de WADA y [FI/ONAD])</p> <p>Sírvase explicar:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

6. Solicitudes anteriores

<p>¿Ha presentado previamente alguna solicitud de AUT(s) ante alguna OAD?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Para qué sustancia o método?</p> <hr/>
<p>¿A quién? _____ ¿Cuándo? _____</p>
<p>Decisión: Aprobada <input type="checkbox"/> No aprobada <input type="checkbox"/></p>

7. Declaración del deportista

Yo, _____, certifico que la información de las secciones 1, 5 y 6 es exacta. Autorizo la divulgación de información médica personal a la Organización Antidopaje (OAD), así como al personal de la AMA, al CAUT de la AMA (Comité de Autorización de Uso Terapéutico) y a otros CAUTs de OAD y personal autorizado que tenga derecho a conocer esta información de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje ("*El Código*") y/o los Estándares Internacionales para Autorizaciones de Uso Terapéutico. Estas personas están sujetas a una obligación de confidencialidad profesional o contractual.

Yo autorizo a mi(s) médico(s) a facilitar a las personas anteriores cualquier información médica que consideren necesaria con el fin de examinar y decidir acerca de mi solicitud.

Yo entiendo que esta información solo se utilizará para evaluar mi solicitud de AUT y en el contexto de posibles investigaciones y procedimientos de infracciones de las normas antidopaje. Yo entiendo que si alguna vez deseo (1) obtener más información sobre el uso de mi información médica; (2) ejercer cualquier derecho que pudiera tener, tales como mi derecho de acceso, rectificación, restricción, oposición, o eliminación; o (3) revocar el derecho de estas organizaciones de obtener mi información de salud, debo notificar por escrito a mi médico actuante y a mi OAD de dicho hecho. Yo entiendo y estoy de acuerdo que puede ser necesario que la información relacionada con una AUT presentada antes de revocar mi consentimiento sea conservada con fines de investigación o procedimientos relacionados a una posible infracción de las normas antidopaje, conforme a las exigencias del *Código, Estándares Internacionales*, o leyes nacionales antidopaje; o para establecer, ejercer o defender un reclamo legal que me involucre a mí, a WADA y/o a una OAD.

Yo consiento que la decisión relativa a esta solicitud se ponga a disposición de todas las OADs u otras organizaciones con potestad para realizar controles y/o para realizar la gestión de resultados.

Yo entiendo y acepto que los receptores de mi información y de la decisión de mi solicitud puedan estar localizados fuera del país en el que yo resido. En algunos de estos países la protección de datos y leyes de privacidad pueden no ser equivalentes a aquellas de mi país de residencia. Yo entiendo que mi información puede estar almacenada en ADAMS, cuya sede son los servidores de la AMA con base en Canadá, y serán retenidos por la duración que se indica en el Estándar Internacional de Protección y Privacidad de Información Personal EIPPIP) de la AMA.

Yo entiendo que, si mi Información Personal no se utiliza de conformidad con este consentimiento y el EIPPIP, puedo generar una queja a la AMA (privacy@wada-ama.org), o a mi regulador nacional responsable por protección de datos en mi país.

Yo entiendo que las entidades mencionadas anteriormente pueden basarse y estar sujetas a las leyes nacionales antidopaje que sobrepasan mi consentimiento u otras leyes aplicables que pueden requerir información a ser expuesta ante cortes locales, demanda legal, u otras autoridades públicas. Puedo obtener mayor información sobre leyes nacionales antidopaje en mi Federación u Organización Nacional Antidopaje.

Firma del Deportista: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/Responsable: _____ **Fecha:** _____

(Si el deportista es menor o tiene una discapacidad que le impida firmar este formulario, un padre o responsable deberá firmar en nombre del Deportista)

Por favor envíe la solicitud completa a la Organización Regional Antidopaje de Centroamérica a través de correo electrónico a la dirección aut@orad-cam.com (conservar una copia para sus registros)