

Autorización Uso Terapéutico (AUT)

Formulario de aplicación

Por favor complete todas las secciones en letras mayúsculas o escribiendo con ordernador. El Atleta tiene que 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 deberán volver a enviarse en forma legible y completa.

1. **Información del Atleta**

|  |
| --- |
| Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mujer  Hombre  Fecha de nacimiento (d/m/a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*con código internacional*)  Deporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Disciplina/Posición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Organización Deportiva Nacional o Internacional:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si es un atleta con una discapacidad, identificar la discapacidad:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Información Médica *(se ruega continúe en una hoja separada si es necesario)***

|  |
| --- |
| Diagnóstico:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si una medicación permitida puede ser usada para el tratamiento de la condición médica, provea la justificación clínica para la solicitud de uso de una medicación prohibida:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Comentario:**

*Las pruebas que confirmen el diagnóstico tendrán que ser adjuntadas y enviadas con esta solicitud. La información médica debe incluir un historial médico completo y los resultados de todos los exámenes relevantes, investigaciones de laboratorio y estudios de imágenes. Se deben incluir copias de los informes o cartas originales cuando sea posible. La evidencia debe ser lo más objetiva posible en las circunstancias clínicas. En el caso de condiciones no demostrables, la opinión médica de apoyo independiente ayudará a esta aplicación.*

*WADA mantiene una serie de pautas para ayudar a los médicos en la preparación de aplicaciones AUT completas y exhaustivas. Se puede acceder a estas pautas para AUT para médicos ingresando el término de búsqueda “Información médica” en el sitio web de la AMA: https://www.wada-ama.org. Las pautas abordan el diagnóstico y el tratamiento de una serie de afecciones médicas que afectan comúnemente a los atletas y que requieren tratamiento con sustancias prohibidas.*

1. **Detalles de la Medicación**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sustancia(s) Prohibida(s): Nombre genérico | Dosis | Vía de Administración | Frecuencia | Duración del Tratamiento |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. **Declaración del Médico**

|  |
| --- |
| **Yo certifico que la información en las secciones 2 y 3 es precisa** **y que el tratamiento mencionado anteriormente es médicamente apropiado.**  Nombre:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Especialidad médica:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Aplicaciones retroactivas**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Es esta una aplicación retroactiva?**  **Si:**  **No:**  En caso afirmativo, ¿en qué fecha se inició el tratamiento?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Por favor elijen uno:**  Tratamiento de urgencia o tratamiento de una condición médica aguda necesario  Debido a otras circunstancias excepcionales, no hubo tiempo ni oportunidad suficientes para enviar una solicitud antes de la recolección de la muestra  Aplicación anticipada no requerida bajo reglas aplicables  Equidad (se require la aprobación de la AMA y de la [FI/ONAD]  Por favor explique:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Aplicaciones anteriores**

|  |
| --- |
| **¿Ha enviado alguna(s) solicitud(es) de AUT a algún OAD?**  **Si**  **No**  ¿Para qué sustancia o método?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿A quien? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Decisión: Aprobada  No aprobada |

1. **Declaración del Atleta**

|  |
| --- |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que la información establecida en las secciones 1, 5 y 6 es precisa. Yo autorizo la divulgación de la información médica personal a la Organización Antidopaje (OAD) correspondiente, así como al personal autorizado de la AMA, al CAUT de la AMA (Comité de Autorización Uso Terapéutico) y a otros CAUT de OAD y al personal autorizado que pueda tener derecho a esta información bajo el Código Mundial Antidopaje (*"Código"*) y / o los Estándares Internacionales para las Autorizaciones Uso Terapéutico. Estas personas están sujetas a una obligación de confidencialidad profesional o contractual.  Yo doy mi consentimiento para que mi(s) médico(s) divulgue(n) a las personas mencionadas la información médica que consideren necesaria para considerar y determinar mi solicitud.  Yo entiendo que mi información solo se utilizará para evaluar mi solicitud de AUT y en el contexto de posibles investigaciones y procedimientos de violación de las normas antidopaje. Yo entiendo que si alguna vez deseo (1) obtener más información sobre el uso de mi información de salud; (2) ejercer cualquier derecho que pueda tener, como mi derecho de acceso, rectificación, restricción, oposición o eliminación; o (3) revocar el derecho de estas organizaciones a obtener mi información de salud, debo notificar a mi médico y a mi OAD por escrito sobre esta decisión. Yo entiendo y acepto que puede ser necesario que la información relacionada con la AUT presentada antes de revocar mi consentimiento sea retenida con el fin de realizar investigaciones o procedimientos relacionados con una posible infracción de las reglas antidopaje, cuando así lo exija el *Código*, los *Estándares Internacionales* o leyes nacionales antidopaje; o para establecer, ejercer o defender un reclamo legal que me involucre a mí, a la AMA y / o a una OAD.  Yo doy mi consentimiento para que la decisión sobre esta solicitud se ponga a disposición de todas las OAD u otras organizaciones, con autoridad de Pruebas y / o autoridad de gestión de resultados sobre mí.  Yo entiendo y acepto que los destinatarios de mi información y de la decisión sobre esta solicitud pueden estar ubicados fuera del país donde resido. En algunos de estos países, las leyes de protección de datos y privacidad pueden no ser equivalentes a las de mi país de residencia. Yo entiendo que mi información puede ser almacenada en ADAMS, que es hospedada por WADA en servidores ubicados en Canadá, y será retenida por la duración indicada en el Estándar Internacional de la AMA para la Protección de la Privacidad y la Información Personal (ISPPPI).  Yo entiendo que si creo que mi Información Personal no se utiliza de conformidad con este consentimiento y con el ISPPPI, puedo presentar una queja a WADA (privacy@wada-ama.org), o a mi regulador nacional responsable de la protección de datos en mi país.  Yo entiendo que las entidades mencionadas anteriormente pueden confiar y estar sujetas a las leyes nacionales antidopaje que anulan mi consentimiento u otras leyes aplicables que pueden requerir que la información se divulgue a los tribunales locales, a las autoridades policiales u otras autoridades públicas. Puedo obtener más información sobre las leyes nacionales contra el dopaje de mi Federación Internacional o Agencia Nacional Antidopaje.  **Firma del Atleta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Si el Atleta es un Menor o tiene un impedimento que le impide firmar este formulario, un padre o tutor debe firmar en nombre del Atleta) |

Envíe el formulario completado en ADAMS (si tiene una cuenta de ADAMS) o envíelo por correo electrónico a [antidoping@wbsc.org](mailto:antidoping@wbsc.org) (guarde una copia para sus registros).