



Formulario para Autorizaciones de Uso Terapéutico (AUT)

Por favor complete todas las secciones en letras mayúsculas o digitando. El atleta debe completar las secciones 1 y 6; El médico debe completar las secciones 2, 3, 4 y 5. Las solicitudes ilegibles o incompletas se devolverán y deberán volver a presentarse en forma legible y completa.

1. Información de atleta

Apellido:		Nombre:	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (día/mes/año):	
Método de comunicación preferido:	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo canadiense		
Dirección de correo electrónico:			
Dirección de envió:			
Ciudad:		Providencia/Estado:	
País:		Código postal:	
Teléfono:		Teléfono celular:	
Deporte:		Disciplina / Posición:	
¿Es usted miembro de la CPA /NPC o IFBB Pro League?			
Si sabe que competirá en un evento internacional, ingrese el nombre y la fecha del evento:			
Si usted es un atleta con una discapacidad, indique la discapacidad:			
¿Ha enviado alguna solicitud de AUT anterior?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Para cuales sustancias?			
¿A cuál organización?			
¿Cuándo?			
Decisión	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> No aprobada	

2. Información Médica (para completar por su médico)

Diagnóstico - por favor adjunte suficiente información médica

Si se puede usar un medicamento permitido para tratar la condición médica, proporcione una justificación clínica para el uso solicitado del medicamento prohibido:

Comentario:

Las pruebas que confirmen el diagnóstico se adjuntarán y enviarán 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. Las sustancias prohibidas se pueden encontrar en www.globaldro.com

3. Detalles Médicos (para completar por su médico)

Sustancia (s) prohibida (s): Nombre genérico	Dosis	Ruta de Administración	Frecuencia de Administración	Duración del Tratamiento
Ingrese todos los que apliquen	p.ej., 200 mg	p.ej. inhalación, inyección local	p.ej. BID (dos veces al día) , QID (cuatro veces al día)	p.ej. uso de una sola vez, emergencia, uno año
1.				
2.				
3.				

4. Declaración Médica (para completar por su médico)

Certifico que el tratamiento mencionado anteriormente es médicamente adecuado y que el uso de medicamentos alternativos que no estén en la Lista de Prohibiciones no sería satisfactorio para esta condición.			
Apellido:		Nombre:	
Especialidad médica:			
Dirección:			
Ciudad:		Providencia/Estado:	
País:		Código Postal:	
Teléfono:		Dirección de correo electrónico:	
Firma:		Fecha (día/mes/año):	

5. Medico de diagnóstico (si es diferente del médico tratante)

Apellido:		Nombre:	
Especialidad médica:			
Dirección:			
Ciudad:		Providencia/Estado:	
País:		Código Postal:	
Teléfono:		Dirección de correo electrónico:	

6. Declaración del Atleta

Yo, _____, certifico que la información establecida en la sección 1, es precisa. Autorizo la divulgación de información médica personal al comité de pruebas de drogas de la CPA / NPC / IFBB Pro League. Doy mi consentimiento para que mi (s) médico (s) divulgue a las personas mencionadas la información médica que consideren necesaria para poder considerar y determinar mi solicitud. 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. Entiendo que si deseo (1) obtener más información sobre el uso de mi información de salud; (2) ejercer mi derecho de acceso y corrección; o (3) revocar el derecho de estas organizaciones para obtener mi información de salud, debo notificar a mi médico y a mi OAD (Organización Anti Dopaje) por escrito sobre este hecho. Entiendo y acepto que se puede retener con el único propósito de establecer una posible infracción de la regla establecida por CPA / NPC / IFBB Pro League.

Doy mi consentimiento para que la decisión sobre esta solicitud esté disponible para todos las OAD (Organizaciones Anti Dopaje).

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.

Autorizo la divulgación de mi información médica a los miembros del Equipo de Atención Médica que asisten a concursos sancionados por Naturales donde puedo participar, a mi Médico y a mi organización nacional.

No deseo que esta información se comparta con nadie más que con la CPA / NPC / IFBB Pro League.

Firma del
Atleta:

Fecha (día/mes/año):

(Si el atleta es menor de edad o tiene una discapacidad que le impide firmar este formulario, el padre o tutor debe firmar junto con, o, por parte del atleta).

Apellido:

Nombre:

Firma del padre /
madre / tutor:

Fecha (día/mes/año):