

3. DETALLE DE LOS MEDICAMENTOS (Medication details)

Sustancia(s) prohibida(s) nombre genérico: (Prohibited substance(s), generic name)	Dosis (Dose)	Vía de administración (Route)	Frecuencia (Frequency)
1.			
2.			
3.			
Duración Programada del tratamiento: señale la casilla adecuada (Intended duration of treatment, please tick appropriate box)	Sólo una vez (once only): <input type="checkbox"/> Emergencia (emergency): <input type="checkbox"/> ó Duración (semanas/meses): _____ (or duration (week/month))		
Ha solicitado ud. anteriormente una Autorización de Uso Terapéutico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Have you submitted any previous TUE application) (YES) (NO)			
Para que sustancia? (For which substance?) _____			
Ante quién? (To whom?) _____ Cuando? (When?) _____			
Decisión (Decision): Aprobado (Approved) <input type="checkbox"/> No aprobado (Not approved) <input type="checkbox"/>			

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO ACTUANTE (Medical practitioner's declaration)

Certifico que el tratamiento arriba mencionado es medicamento apropiado y que el uso de una medicina alternativa que no se encuentra en la Lista Prohibida, sería insuficiente para esta condición.
(I certify that the above mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medication not on the prohibited list would be unsatisfactory for this condition)

Nombre completo (name): _____

Especialidad Médica (Medical specialty) _____

Dirección (address): _____ Ciudad (city) _____

Teléfono (tel): _____ Celular (mobile): _____ Fax: _____

E-mail: _____

Firma del médico Actuante: _____ Fecha: _____
(Signature of Medical Practitioner) (Date)

5. DECLARACIÓN DEL DEPORTISTA (Athlete's declaration)

Yo, _____ certifico que la información bajo el numeral 1 es correcta y que estoy solicitando aprobación para utilizar una sustancia ó método de la Lista Prohibida de la WADA. Autorizo la entrega de información médica personal a la Organización contra el Dopaje, al igual que a los miembros de la WADA, al comité de Autorizaciones de Uso Terapéutico de la WADA y a otros organizaciones contra el dopaje incluidos en el código. Tengo claro que si alguna vez deseo revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información médica a mi nombre, debo notificar de este hecho a mi médico y a mi Organización Contra el Dopaje por escrito.

(I certify that the information under 1 is accurate and that I am requesting approval to use a Substance or Method from the WADA Prohibited List. I authorize the release of personal medical information to the Antidoping Organization (ADO) as well as to WADA staff, to the Wada TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO under the provisions of the Code. I understand that if I ever wish to revoke the right of these organizations to obtain my health information on my behalf, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact.)

Firma del deportista (Athlete's signature): _____ Fecha (Date): _____

Firma del padre/madre ó acudiente: _____ Fecha (Date): _____
(Parent's/ Guardian's signature):

Si el deportista es menor de edad ó tiene discapacidad que le impida firmar este formato, su padre/madre ó acudiente puede firmar conjuntamente con o a nombre del deportista. (If the athlete is a minor or has a disability preventing him/her to sign this form, a parent or guardian shall sign together with or on behalf of the athlete)

6. NOTAS (Notes)

Nota 1

Diagnóstico

La evidencia que soporte el diagnóstico debe ser anexada y enviada con esta solicitud. La evidencia médica debe incluir una Historia Clínica comprensible y los resultados de todos paraclínicos relevantes que incluya exámenes de laboratorio y estudios de imágenes diagnósticas. Cuando sea posible se debe incluir una copia del original de los resultados. La evidencia debe ser tan objetiva como sea posible según la circunstancia clínica. En el caso de no ser posible dicha evidencia la opinión de un médico será el soporte de este documento.

(Diagnosis. Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical evidence should include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances and in the case of non-demonstrable conditions independent supporting medical opinion will assist this application.)

Nota 2

Ante el Diagnóstico de ASMA ó una condición que implique el uso de un BETA2 AGONISTA INHALADO, Debe anexarse obligatoriamente el resultado de una ESPIROMETRÍA que incluya el VEF1. Si se evidencia una obstrucción de la vía aérea, debe aparecer un reporte de una segunda espirometría en donde se use un beta 2 agonista de acción corta por vía inhalada que demuestre reversabilidad del proceso obstructivo. En caso de no evidenciar la reversabilidad del proceso debe aparecer el reporte de TEST DE PROVOCACIÓN bronquial.

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS Y TENDRÁN QUE VOLVERSE A PRESENTAR
(Incomplete applications will be returned and will need to be resubmitted)

Favor enviar el formato completamente diligenciado a la Organización Antidopaje y guarde una copia para su archivo
(Please submit the completed form to the ADO and keep a copy for your records)