



Ministerio del Deporte

ONAD ECUADOR CONTROL ANTIDOPAJE



AUTORIZACIÓN USO TERAPÉUTICO (AUT)

Therapeutic Use Exemptions (TUE)

Por favor complete todas las secciones usando mayúsculas o máquina

Please complete all sections in capital letters or typing

I. Información del Atleta

Athlete Information

Apellido : _____
 Nombre : _____
 Apellido : _____
 Nombre : _____
 Fecha de nacimiento (D/M/A) : _____
 Date of Birth (d/my) : _____
 Mujer Hombre
 Female Male
 Dirección : _____
 Address : _____
 Ciudad : _____
 City : _____
 País : _____
 Country : _____
 Código Postal : _____
 Postcode : _____
 E-mail : _____
 E-mail : _____
 (Con código internacional / with international code)
 Deporte : _____
 Sport : _____
 Disciplina / Posición : _____
 Discipline / position : _____
 Organización Deportiva Nacional o Internacional : _____
 International or National Sport Organization

Pertenezco a un Grupo Objetivo de Deportistas sometidos a controles de una Federación Internacional.
 Pertenezco a un Grupo Objetivo de Deportistas sometidos a controles de una Organización Nacional Antidopaje.
 Estoy participando en un evento de una Federación Internacional, por lo cual una AUT otorgada en base a las reglas de la F.I. es necesaria. Nombre de la competición: _____
 Ninguna de las anteriores.

Si el atleta es discapacitado, identificar la discapacidad: _____
 If athlete with disability, indicate disability: _____

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL
STRICTLY CONFIDENTIAL

Para la lista de eventos designados referirse a su Federación Internacional.

Estándar Internacional de Autorización de Uso Terapéutico

Enero 2011

2. Información Médica
Medical Information

Diagnóstico con suficiente información médica (ver nota 1) :
Diagnosis with sufficient medical information (see note 1)

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 /
If a permitted medication can be used to treat the medical condition, provide clinical justifications for the request use of prohibited medication.

3. Detalles de la Medicación
Medication details

Sustancia(s) prohibida(s) Nombre Genérico Prohibited substance(s) Generic name		Dosis Dose		Vía Route	Frecuencia Frequency
1.					
2.					
3.					

Duración prevista del tratamiento:
(Seleccionar la casilla correspondiente)
Intended duration of treatment:
(please tick appropriate box)

Solo una Vez
Once only

Duración (semana / mes): _____
Or duration (week / month): _____

Emergencia
Emergency

Ha enviado una solicitud previa de AUT: SI / Yes No

Por cual sustancia? _____
For which substance?

A quien? _____
To whom?

Decision Aprobada
Decision Approved

Decision No Aprobada
Decision Not approved

Quando? _____
When?

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL
STRICTLY CONFIDENTIAL

Yo, _____, certifico que la información del punto 1 es precisa y que estoy solicitando aprobación para el uso de una Sustancia o Método prohibido contenido en la Lista Prohibida de WADA. Autorizo facilitar información médica personal a la Organización Antidopaje (OAD), así como al personal de WADA, al CAUT de WADA (Comité de Autorización de Uso Terapéutico) y a otra OAD de acuerdo a las disposiciones del Código. Entiendo que si deseo revocar el derecho de estas organizaciones de obtener información de mi parte sobre mi salud, debo notificar por escrito a mi médico y a mi OAD acerca del hecho. /

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 Anti-Doping 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 Atleta _____ Athlete's signature
Fecha _____ Date

Firma del Padre o Acudiente del Atleta: _____ Parent's / Guardian's signature
Fecha: _____ Date

(Si el atleta es un menor de edad o tiene una discapacidad que le impida firmar esta solicitud, uno de sus padres o acudiente deberá firmar conjuntamente con/ o por el atleta)
(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).

5. Declaración del Atleta
Athlete's Declaration

Certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente apropiado y el uso de medicaciones alternativas que no están en la Lista Prohibida serían insatisfactorias para esta condición. /
I certify that the above-mentioned treatment is medically appropriate and that the use of alternative medications not on the Prohibited List would be unsatisfactory for this condition.

Nombre : _____ Name

Especialidad Médica : _____ Medical Specialty

Dirección: _____ Address

Tel: _____

E-mail: _____

Firma del médico : _____ Signature of Medical Practitioner
Fecha: _____ Date

4. Declaración del Médico
Medical practitioner's declaration

STRICTLY CONFIDENTIAL

6. Nota / Note:

<p>Nota I Note I</p>	<p>Diagnóstico</p> <p>Evidencia confirmando el diagnóstico debe ser anexada y enviada con esta solicitud. La evidencia médica debe incluir una historia médica completa y los resultados de todos los exámenes pertinentes, investigaciones de laboratorio y estudios de imágenes. Copias de los reportes o cartas originales deben ser incluidas cuando sea posible. La evidencia debe ser lo más objetiva posible en circunstancias clínicas y en el caso de condiciones no demostrables, opiniones médicas independientes respaldarán la solicitud.</p> <p>Diagnosis</p> <p>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.</p>
--------------------------	---

Las aplicaciones incompletas serán devueltas y deberán ser reenviadas. Incomplete applications will be returned and need to be resubmitted.

Por favor enviar la solicitud completa a la OAD y conserve una copia para sus registros. Please submit the completed form to the ADO and keep a copy to your records.

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL
STRICTLY CONFIDENTIAL