

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN USO TERAPÉUTICO (AUT) Therapeutic Use Exemptions (TUE) application form

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.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA /ATHLETE INFORMATION:

Apellido: _____ Nombres: _____
Surname: _____ Given Names: _____

Mujer Hombre
Female Male

Fecha de nacimiento (d/m/a): _____
Date of birth (d/m/y): _____

Dirección: _____
Address: _____

Ciudad: _____ País: _____ Código Postal: _____
City: _____ Country: _____ Postal code: _____

Tel: _____ E-mail: _____
(Con código internacional / with international code)

Deporte: _____ Disciplina/Posición: _____
Sport: _____ Discipline/Position: _____

Organización Deportiva Nacional o Internacional:
International or National Sport Organization:

Si el deportista tiene alguna discapacidad, por favor indíquela:
If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment:



2. INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINÚE EN UNA HOJA APARTE SI ES NECESARIO)/ MEDICAL INFORMATION (CONTINUE ON SEPARATE SHEET IF NECESSARY)

Diagnóstico / Diagnosis:

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

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication

Comentario / Comments

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 apoyar a los médicos en preparar y completar las solicitudes de AUT. Estas guías de AUT para los médicos se encuentran disponibles ingresando el término de búsqueda "Medical information" en el sitio web de WADA: <https://www.wada-ama.org>. Las guías dirigen el diagnóstico y tratamiento de un número de condiciones médicas que comúnmente afectan a los atletas y requieren tratamiento con sustancias prohibidas.

Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical evidence must 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. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.

WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.



3. DETALLES DE LA MEDICACIÓN / MEDICATION DETAILS

Sustancia(s) prohibida(s) Nombre Genérico Prohibited Substance(s) Generic name	Dosis Dose	Vía de administración Route of Administration	Frecuencia Frequency	Duración del tratamiento Duration of Treatment
1.				
2.				
3.				

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO / MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION

Certifico que la información que figura en las secciones 2 y 3 anteriores, es precisa y que el tratamiento arriba mencionado es médicamente apropiado. / I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

Nombre / Name:

Especialidad Médica / Medical specialty:

Dirección / Address:

Tel: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Firma del médico:

Signature of Medical Practitioner:

Fecha:

Date:



5. SOLICITUDES RETROACTIVAS / RETROACTIVE APPLICATIONS

<p>¿Es ésta una solicitud retroactiva? / Is this a retroactive application?</p> <p>Sí / Yes: <input type="checkbox"/></p> <p>No / No: <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha comenzó el tratamiento? / If yes, on what date was treatment started?</p> <input type="text"/>	<p>Indique el motivo / Please indicate reason:</p> <p><input type="checkbox"/> Fue necesario un tratamiento de emergencia o tratamiento de una condición médica aguda / Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</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 / Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</p> <p><input type="checkbox"/> No se requiere una solicitud anticipada, según las normas aplicables/ Advance application not required under applicable rules</p> <p><input type="checkbox"/> Fairness (Aprobación requerida por WADA y [FI/ONAD]) / Fairness (WADA and [IF/NADO] approval required)</p> <p>Especifique / Please explain:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

6. SOLICITUDES ANTERIORES / PREVIOUS APPLICATIONS

<p>¿Ha presentado previamente alguna solicitud de AUT / Have you submitted any previous TUE application(s)?</p> <p>Sí / Yes: <input type="checkbox"/> No / No: <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Para qué sustancia o método / For which substance or method?</p>
<p>¿Para quién / To whom?</p>
<p>¿Cuándo / When?</p>
<p>Decisión / Decision : Aprobada / Approved <input type="checkbox"/> No aprobada / Not approved <input type="checkbox"/></p>



7. DECLARACIÓN DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S DECLARATION

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 CAUT's de OAD y personal autorizado, que tenga derecho a conocer esta información de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje y/o el Estándar Internacional para Autorizaciones de Uso Terapéutico.

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. Entiendo que si alguna vez deseo: (1) obtener más información sobre el uso de mis datos médicos; (2) ejercer mi derecho de acceso y rectificación; o (3) revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información médica sobre mí, debo notificar a mi médico y a mi OAD por escrito de ese hecho. Entiendo y acepto que pueda ser necesario que la información relacionada con una AUT presentada antes de revocar mi consentimiento sea conservada con el único propósito de establecer una posible infracción de las normas antidopaje, conforme a las exigencias el Código.

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

Yo entiendo y acepto que los destinatarios de mi información y de la decisión relativa a esta solicitud puedan encontrarse fuera del país en el que resido. En algunos de estos países, las leyes de privacidad y de protección de datos pueden no ser equivalentes a las de mi país de residencia.

Yo entiendo que tengo la posibilidad de presentar una reclamación a la AMA o al TAD si yo considero que mi información personal no se utiliza de acuerdo con este consentimiento y con el Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal.

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("Code") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise my right of access and correction; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code. I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence.

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS.

Firma del Deportista:

Athlete's signature _____

Fecha:

Date: _____

Firma del Padre o Tutor del Deportista:

Parent's/Guardian's signature : _____

Fecha:

Date: _____

(Si el deportista es un menor de edad o tiene una discapacidad que le impida firmar esta solicitud, uno de sus padres o un tutor deberá firmar en su nombre)
(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

Por favor envíe la solicitud completa a / Please submit the completed form to

COMISIÓN NACIONAL ANTIDOPAJE (CONAD)

A través de los siguientes medios (conserve una copia para sus registros) / by the following means (keeping a copy for your records)

Formato físico (en sobre sellado): Estadio Nacional puerta 4 / Jr. José Díaz 405 - Cercado de Lima.

Formato electrónico: conad@conad.org.pe y aut@conad.org.pe con el asunto: [SOLICITUD DE AUT]

