

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO TERAPÉUTICO (AUT)

**RELLENE TODAS LAS SECCIONES EN LETRA MAYÚSCULA.
EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUT, ASÍ COMO EL HISTORIAL CLÍNICO (INCLUIDOS INFORMES Y DOCUMENTOS),
DEBEN PRESENTARSE EN UNO DE LOS CUATRO IDIOMAS OFICIALES DE LA FIFA.**

1. INFORMACIÓN SOBRE EL JUGADOR

APELLIDO(S): _____	NOMBRE: _____
MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) _____
DIRECCIÓN: _____	
CIUDAD: _____	PAÍS: _____
TEL.: _____	
CORREO ELECTRÓNICO: _____	
NACIONALIDAD: _____	
NOMBRE DEL CLUB O FEDERACIÓN NACIONAL DE FÚTBOL: _____	

Marque con una cruz la casilla correspondiente:

- FORMO PARTE DEL GRUPO INTERNACIONAL DE CONTROL REGISTRADO DE LA FIFA (GICR)
- FORMO PARTE DEL GRUPO DE CONTROL DE PRECOMPETICIÓN DE LA FIFA (GCPC)
- PARTICIPO EN UNA COMPETICIÓN DE LA FIFA¹: _____
(NOMBRE DE LA COMPETICIÓN DE LA FIFA)
- FORMO PARTE DE UN GRUPO DE CONTROL DE UNA ORGANIZACIÓN NACIONAL ANTIDOPAJE (ONAD):

(NOMBRE DE LA ONAD)
- SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE UNA AUT EXPEDIDA POR UNA ONAD
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES

¹ La lista de las competiciones designadas puede consultarse en la Política de la FIFA con respecto a las AUT, disponible en es.fifa.com/medical, <http://extranet.fifa.com/medical> y <http://es.fifa.com/development/medical/anti-doping/index.html>.

Datos para el envío de la respuesta:

Por correo electrónico Dirección: _____

Por correo ordinario Dirección: _____

2. INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINÚE EN UNA PÁGINA APARTE SI ES NECESARIO)

DIAGNÓSTICO CON SUFICIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (V. NOTA 1):

Si existe un medicamento autorizado para el tratamiento de este problema médico, debe proporcionar un justificación clínica para el uso de una sustancia prohibida:

NOTA 1 / DIAGNÓSTICO

Deben adjuntarse a esta solicitud pruebas que acrediten el diagnóstico. Las pruebas médicas deben incluir un historial clínico exhaustivo y los resultados de los exámenes, los análisis de laboratorio y el diagnóstico por imagen pertinentes, de acuerdo con la Política de la FIFA con respecto a las AUT.

Si es posible, se deberán incluir copias de los informes o las cartas originales. Las pruebas deberán ser tan objetivas como sea posible dadas las circunstancias clínicas del paciente. En el caso de estas no sean demostrables, se recurrirá a la opinión médica de fuentes independientes para respaldar la solicitud.

La AMA tiene una serie de directrices para asistir a los facultativos a la hora de preparar solicitudes de AUT completas y exhaustivas. Dichas directrices están disponibles al introducir el término inglés «Medical Information» («información médica») en la página web de la AMA: <https://www.wada-ama.org>. Las directrices abordan el diagnóstico y el tratamiento de una serie de problemas médicos comunes entre los atletas y que deben ser tratados con sustancias prohibidas.

3. INFORMACIÓN MÉDICA DETALLADA (CONTINÚE EN UNA PÁGINA APARTE SI ES NECESARIO)

SUSTANCIA(S) PROHIBIDA(S): NOMBRE GENÉRICO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
1.			
2.			
3.			

Duración prevista del tratamiento <i>(Marque con una cruz la casilla correspondiente)</i>	Una sola vez <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Fecha de la urgencia _____
	o duración (semanas/meses) _____

En el caso de un tratamiento de urgencia, de un tratamiento de un problema médico agudo, o bien en circunstancias excepcionales, introduzca toda la información relevante sobre la urgencia o las razones por las que no tuvo tiempo de presentar una solicitud de AUT.

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Certifico que el tratamiento médico antes descrito es apropiado y que el uso de medicación alternativa que no figura en la lista de sustancias y métodos prohibidos sería insatisfactorio para el problema médico en cuestión.

NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____

DIRECCIÓN: _____

TEL.: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TEL. MÓVIL: _____ FAX: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____ FECHA: _____

5. SOLICITUDES RETROACTIVAS

¿SE TRATA DE UNA SOLICITUD RETROACTIVA?

Sí No

En caso afirmativo, indique la fecha de inicio del tratamiento: _____

INDIQUE EL MOTIVO:

- Fue necesario un tratamiento de urgencia o tratar un problema médico urgente
- Debido a otras circunstancias excepcionales, no dio tiempo ni hubo oportunidad de enviar la solicitud antes de la toma de muestras
- No es obligatorio adelantar la solicitud con arreglo a la normativa en vigor
- Otros

Proporcione aquí una explicación más detallada: _____

6. SOLICITUDES PREVIAS

¿Ha presentado anteriormente solicitudes de AUT? Sí No

¿Para qué sustancia? _____

¿Ante qué institución? _____ ¿Cuándo? _____

Decisión: Solicitud aprobada Solicitud rechazada

7. DECLARACIÓN DEL JUGADOR

Quien suscribe, _____, certifica que la información proporcionada en los apartados 1, 5 y 6 es correcta, y autoriza la entrega de información médica de carácter personal a la organización antidopaje, así como al personal autorizado de la AMA, al Comité de Autorizaciones de Uso Terapéutico de la AMA, y a otros comités de organizaciones antidopaje que otorguen AUT y a personal autorizado que puedan tener derecho a acceder a esta información en virtud del Código Mundial Antidopaje (en adelante, el «código») y/o el Estándar Internacional para Autorizaciones de Uso Terapéutico.

Mediante mi firma, doy mi consentimiento a que mis médicos proporcionen a las personas antes nombradas cualquier dato relacionado con mi salud que estimen oportuno con el fin de considerar y evaluar mi solicitud.

Me consta que la información sobre mi persona solo será utilizada para evaluar mi solicitud de AUT y en el contexto de procedimientos e investigaciones sobre posibles violaciones de la normativa antidopaje. Asimismo me consta que, si alguna vez deseo 1) obtener más información sobre el uso de la información relativa a mi salud; 2) ejercer mi derecho de acceso y rectificación; o 3) revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre mi salud, deberé informar al respecto a mi médico y a mi organización antidopaje por escrito. Entiendo y estoy de acuerdo en que quizás sea necesario que la información relativa a la AUT proporcionada antes de revocar mi consentimiento quede almacenada con la única finalidad de constatar una posible infracción de la normativa antidopaje, cuando así lo exija el código.

Consiento que la decisión sobre esta solicitud se comunique a todas las organizaciones antidopaje u otras organizaciones facultadas para realizar análisis y/o gestionar mis resultados.

También entiendo y acepto que los destinatarios de mis datos y de la decisión sobre esta solicitud podrán estar situados fuera del país en el que resido. En algunos países, la legislación sobre protección de datos y privacidad podría no corresponderse con la de mi país.

Me consta que, si considero que mis datos de carácter personal no se utilizan conforme a esta declaración de consentimiento y al Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal, puedo presentar una reclamación ante la AMA o el TAS.

FIRMA DEL JUGADOR: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL JUGADOR: _____ **FECHA:** _____

(Si el jugador es menor de edad o está incapacitado para firmar este formulario, uno de los padres o un tutor deben firmar en nombre propio o en del jugador).

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SE DEVOLVERÁN Y DEBERÁN PRESENTARSE DE NUEVO.

UNA VEZ RELLENADO, ENVÍEN EL FORMULARIO A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO CONFIDENCIAL DE LA OFICINA MÉDICA DE LA FIFA:

MEDICAL@FIFA.ORG

EL TRATAMIENTO NO PODRÁ ADMINISTRARSE HASTA QUE LA FIFA NO HAYA APROBADO LA SOLICITUD DE AUT.

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL