

Solicitud de Autorización de Uso Terapéutico (AUT)

- Por favor complete todas las secciones y escriba a máquina o use letra imprenta legible. Solicitudes incompletas serán regresadas.
- Ninguna autorización de uso terapéutico será efectiva hasta que el atleta sea notificado por escrito después que VADA haya revisado el expediente.
- Por favor envíe su petición a VADA por fax al (702) 255-8420 o por correo electrónico a TUE@VADA-testing.org y conserve una copia para su expediente.
- Use paginas adicionales si lo necesita.

Si no recibe una confirmación de la recepción de su solicitud para la AUT dentro de los siguientes tres (3) días laborales, por favor comuníquese con VADA inmediatamente

Información del atleta

NOMBRE: _____
apellidos primer nombre segundo nombre

GENERO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
mes día año

DOMICILIO: (Residencia actual. No apartados aéreos)

DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA: (En Caso de ser diferente a su domicilio)

calle apartamento calle apartamento

ciudad estado código postal país ciudad estado código postal país

() ()
teléfono de casa teléfono celular

correo electrónico
(si proporciona su correo electrónico, significa que acepta recibir la información a través de este medio con respecto a la autorización de Uso Terapéutico)

Si desea designar una persona que hable con VADA en su nombre respecto a esta solicitud de Autorización de Uso Terapéutico, por favor escriba aquí los nombres y que relación tienen con Ud.

Por favor enumere las próximas competiciones en las cuales intenta participar (incluya fechas y lugares):

Enumere todos los medicamentos, suplementos nutritivos, medicamentos en “venta libres o sin recetas”, vitaminas, o/y sustancias similares que cotidianamente usa o que ha utilizado durante en los últimos 14 meses:

Solicitudes de Autorización de Uso Terapéutico precedentes

Ha solicitado Ud. anteriormente una Autorización de Uso Terapéutico? SI NO

Solicitud Precedente 1:

Por cual medicamento (nombre genérico)? _____
A que institución fue enviada su solicitud? _____
Cuando fue enviada? _____
Cual fue la decisión? Aprobada No Aprobada

Solicitud Precedente 2:

Por cual medicamento (nombre genérico)? _____
A que institución fue enviada su solicitud? _____
Cuando fue enviada? _____
Cual fue la decisión? Aprobada No Aprobada

Información sobre el Medico Facultativo/Doctor

NOMBRE: _____
apellidos primer nombre segundo nombre

TITULO (ej. Medico, Doctor): _____

DOMICILIO: _____
calle

_____ ciudad estado código postal país

() _____ teléfono celular

() _____ fax correo electrónico

Información sobre los Medicamentos

Los exámenes médicos que confirmen el diagnóstico deben ser anexados y enviados con esta solicitud. En aquellos casos donde los exámenes no estén escritos en inglés, un resumen en inglés debe ser incluido. Los exámenes médicos deben incluir una historia médica general y un resumen de los resultados de los exámenes, de laboratorios, estudios de imagen médica como por ej. imagen de resonancia magnética. Copias de los informes originales y cartas deben ser incluidos, si fuera posible. La evidencia debe ser lo más específica posible, dentro del criterio clínico, y en el caso donde las condiciones no lo demuestran, una opinión médica independiente y de fundamento debe ser incluida a esta solicitud. VADA debe tener suficiente información médica para obtener el mismo diagnóstico sin necesidad de ver al atleta.

DIAGNOSTICO: _____

EXAMEN (ES)/PRUEBA (S) MEDICALES REALIZADAS: _____

Descripción de los medicamentos

Droga (s) o métodos prohibidos Nombre Genérico	Posología, dosificación y frecuencia utilizada	Vía de administración	Inicio del tratamiento (día/mes/año)	Termino del tratamiento (día/mes/año)

Declaración del Medico Facultativo/Doctor (Debe ser completada por un medico facultativo/doctor)

Certifico que el tratamiento descrito en los párrafos de esta solicitud son adecuados y que el uso de medicamentos que no están en la lista de prohibiciones de VADA no serán suficientes para lograr un tratamiento efectivo del atleta bajo estas condiciones diagnosticadas.

FIRMA DE MEDICO FACULTATIVO/ DOCTOR: _____ DATE: _____

Declaración del atleta

Certifico que la información es exacta y que estoy solicitando la aprobación del uso de un medicamento/substancia o método que esta prohibido por asociación de control anti-dopaje voluntario (VADA). Autorizo el acceso a VADA de mi expediente medico o la información medico personal. Entiendo que si deseo inhabilitar el derecho a VADA de obtener información sobre mi estado de salud , debo informar a VADA y al medico facultativo/doctor por escrito de este hecho Al completar y entregar este formulario, doy consentimiento de utilizar dicha información con el solo y legítimo propósito de un control antidopaje, lo cual también será valido para las solicitudes o documentos proporcionados anteriormente o aquellos que puedan ser proporcionados a VADA en el futuro. Entiendo que la utilización de cualquier sustancia/droga/ prohibida es a mi propio riesgo de cometer una violación de dopaje hasta que mi solicitud haya sido aprobada y que haya recibido dicha aprobación por escrito de la parte de VADA.

“He leído, y he entendido, y estoy de acuerdo en los términos aquí mencionados, y así como también a la divulgación de mi información médica.”

FIRMA DEL ATLETA: _____ FECHA: _____