	PROCESO: ALTOS LOGROS	Versión: 1
	FORMATO: SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA USO TERAPÉUTICO	Código: AL-DI-005
		Página 1 de 4

AUTORIZACIÓN PARA USO TERAPÉUTICO (AUT)

Favor diligenciar todas las secciones en letra clara e imprenta, el deportista debe completar las secciones 1, 5, 6 y 7, el médico debe completar las secciones 2, 3 y 4. Solicitudes incompletas o ilegibles serán devueltas y deberán ser reenviadas.


1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA

Apellido(s): _____	Nombre(s): _____
Femenino: <input type="checkbox"/>	Masculino: <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento d/m/a: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	País: _____
Código Postal: _____	
Teléfono: (57) _____ <i>(Con código internacional)</i>	Celular: _____
E-mail: _____	Cédula o Pasaporte: _____
Deporte: _____	Disciplina/posición: _____
Organización Nacional o Internacional: _____	
Equipo/Club: _____	
Si el deportista tiene alguna discapacidad, indique la discapacidad: _____	

2. INFORMACION MÉDICA (Continúe en una hoja aparte si lo considera necesario)

Diagnóstico con suficiente información médica:

Si es posible utilizar un medicamento permitido para tratar la afección médica, proporcione una justificación clínica para el uso del medicamento prohibido solicitado

	PROCESO: ALTOS LOGROS	Versión: 1
	FORMATO: SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA USO TERAPÉUTICO	Código: AL-DI-005
		Página 2 de 4

Comentario:

Se deben adjuntar a esta solicitud los soportes que confirmen el diagnóstico. La información médica debe incluir una historia clínica completa y los resultados de todos los exámenes pertinentes, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas. Se deben incluir copias de los informes o cartas originales cuando sea posible. La evidencia debe ser tan objetiva como sea posible en las circunstancias clínicas. En el caso de condiciones no demostrables, la opinión médica independiente puede apoyar la solicitud.

La AMA tiene una serie de directrices para ayudar a los médicos en la preparación de las solicitudes completas y a través de las AUT. Se puede acceder a estas "TUE Physician Guidelines" ingresando el término de búsqueda "Medical Information" en el sitio web de la AMA: <https://www.wada-ama.org>. Las guías aportan al diagnóstico y tratamiento de una serie de afecciones médicas que afectan comúnmente a los atletas y requieren tratamiento con sustancias prohibidas.

3. DETALLE DE LOS MEDICAMENTOS

Sustancia(s) prohibida(s) nombre genérico	Dosis	Vía Administración	Frecuencia	Duración Programada del tratamiento
1.				
2.				
3.				

4. DECLARACIÓN MÉDICA

Certifico que la información incluida en las secciones 2 y 3 es correcta y que el tratamiento mencionado anteriormente es el medicamento apropiado

Nombre completo: _____


Especialidad Médica: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Firma del médico Actuante: _____ Fecha diligenciamiento del formato d/m/a: _____

 El deporte es de todos Mindeporte	PROCESO: ALTOS LOGROS	Versión: 1
	FORMATO: SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA USO TERAPÉUTICO	Código: AL-DI-005
		Página 3 de 4

5. SOLICITUDES RETROACTIVAS

¿Esta es una solicitud retroactiva?

SI:

NO:

Si es una solicitud retroactiva, en qué fecha inició el tratamiento?

Fecha d/m/a: _____

Por favor indique las razones:

- Fue necesario como tratamiento de emergencia o tratamiento para una condición médica aguda
- Debido a circunstancias excepcionales, no hubo suficiente tiempo ni oportunidad para presentar una solicitud antes de la recolección de muestras
- Una solicitud anticipada no es requerida de acuerdo con las normas aplicables
- Otra

Por favor explique:


6. SOLICITUDES PREVIAS

Ha solicitado usted anteriormente Autorización(es) de Uso Terapéutico: SI: NO:

Para que sustancia o método?

Ante quien: _____ Fecha d/m/a: _____

Decisión: Aprobada: No Aprobada:

	PROCESO: ALTOS LOGROS	Versión: 1
	FORMATO: SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA USO TERAPÉUTICO	Código: AL-DI-005
		Página 4 de 4

7. DECLARACIÓN DEL DEPORTISTA

Yo, _____, certifico que la información expuesta en las secciones 1, 5 y 6 es correcta. Autorizo la divulgación de la información médica personal, a Coldeportes como Organización Nacional Antidopaje, así como al personal autorizado de la Agencia Mundial Antidopaje (AMA), al CAUT (Comité de Autorización de Uso Terapéutico) de la AMA y a otros CAUT de otras organizaciones antidopaje y personal autorizado con derecho sobre esta información bajo el Código Mundial Antidopaje y/o el Estándar Internacional de Autorizaciones de Uso Terapéutico.

Doy mi consentimiento a mi(s) médico(s) entregando a las personas antes mencionadas cualquier información de salud que consideren necesaria para mi solicitud de Autorización de Uso Terapéutico.

Entiendo que mi información será utilizada únicamente con el fin de evaluar mi solicitud de AUT y en el contexto de posibles investigaciones y procedimientos frente a violaciones a las normas antidopaje. Entiendo que si alguna vez deseo (1) obtener más información sobre el uso de mi información médica; (2) ejercer mi derecho de acceso y corrección; o (3) revocar el derecho de estas organizaciones a obtener mi información médica, debo notificar a mi médico y a mi Organización Antidopaje por escrito. Entiendo y estoy de acuerdo en que puede ser necesario que la información relacionada con la AUT presentada antes de revocar mi consentimiento sea retenida con el único propósito de establecer una posible violación a las normas antidopaje, cuando esto sea requerido por el Código.

Doy mi consentimiento para que la decisión que se tome sobre esta solicitud se ponga a disposición de todas las Organizaciones Antidopaje u otras organizaciones, con autoridad de control y/o autoridad de gestión de resultados sobre mí.

Entiendo y acepto que los destinatarios de mi información y de la decisión sobre esta solicitud pueden estar ubicados fuera del país donde resido. En algunos de estos países, las leyes de protección de datos y privacidad pueden no ser equivalentes a las de mi país de residencia.

Entiendo que si considero que mi información personal no se utiliza de conformidad con este consentimiento y con el Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal, puedo presentar una queja ante la AMA o el CAS.

Firma del deportista: _____ **Fecha d/m/a:** _____

Firma del padre/madre o acudiente: _____ **Fecha d/m/a:** _____

(Si el deportista es menor de edad o tiene discapacidad que le impida firmar este formato, su padre/madre ó acudiente puede firmar conjuntamente con o a nombre del deportista.)

LA SOLICITUD INCOMPLETA O ILEGIBLE SERÁ DEVUELTA Y DEBERÁ SER ENVIADA NUEVAMENTE. (GUARDE UNA COPIA)

ENVIAR AL PROGRAMA NACIONAL ANTIDOPAJE controldopaje@coldeportes.gov.co, TEL: 4377100 EXT: 1004 – 1015