

## POLÍTICA DE CERO AGUJAS

No se permitirá el uso de agujas más que por el personal médico y auxiliar con las debidas acreditaciones y bajo estricta indicación médica. Si se utilizan agujas en sitios diferentes a los servicios médicos (hoteles, instalaciones deportivas) se deberá declarar su uso en el formulario para tal fin.

### FORMULARIO PARA DECLARACIÓN DE INYECTABLE

Por favor, llene el formulario y envíelo al correo [controldopaje@coldeportes.gov.co](mailto:controldopaje@coldeportes.gov.co)

Tenga en cuenta que este formulario de declaración de uso de aguja NO constituye una AUT (Autorización de Uso Terapéutico) para el uso de ninguna sustancia prohibida. Además, tenga en cuenta que una inyección o infusión de >100 ml/12 h es un método prohibido, independientemente de si contiene una sustancia prohibida o no.

ATLETA	
Nombre del atleta que requiere recibir la inyección:	
Liga:	Deporte y Disciplina:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
INYECCIÓN	
Sustancia(s) a inyectar:	
Fecha y lugar de inyección:	
JUSTIFICACIÓN MÉDICA	

Justificación para la inyección, incluyendo historia clínica y diagnóstico (adjuntando pruebas confirmatorias cuando estén disponibles):

**PERSONA QUE ADMINISTRA LA INYECCIÓN**

Nombre, número de celular y correo electrónico de la persona que administra la inyección:

Especialidad:

Registro médico

Firma de la persona que administra la inyección:  
***Por la presente, con mi firma, confirmo que la información en este formulario es verdadera y precisa, y que la inyección fue justificada y necesaria desde el punto de vista médico, y se administró de acuerdo con la Política de Agujas de la COI, incluida la eliminación segura de agujas y materiales asociados.***

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_