

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO TERAPÉUTICO (AUT)

RELLENE TODAS LAS SECCIONES EN LETRA MAYÚSCULA. EL FUTBOLISTA DEBERÁ COMPLETAR LAS SECCIONES 1, 5, 6 Y 7; EL MÉDICO DEBERÁ COMPLETAR LAS SECCIONES 2, 3 Y 4. LAS SOLICITUDES ILEGIBLES O INCOMPLETAS SE DEVOLVERÁN Y DEBERÁN PRESENTARSE DE NUEVO COMPLETADAS CON LETRA LEGIBLE. 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 (ALEMÁN, ESPAÑOL, FRANCÉS O INGLÉS).

1. INFORMACIÓN SOBRE EL FUTBOLISTA

APELLIDO(S): _____		NOMBRE: _____	
MUJER <input type="checkbox"/>	HOMBRE <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) _____	
DIRECCIÓN: _____			
CIUDAD: _____		PAÍS: _____	
TEL.: _____		CORREO ELECTRÓNICO: _____	
(CON CÓDIGO INTERNACIONAL)			
NACIONALIDAD: _____			
NOMBRE DEL CLUB O FEDERACIÓN NACIONAL DE FÚTBOL: _____			
SI TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD, INDÍQUELA AQUÍ: _____ _____			

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)

¹La política de la FIFA sobre las AUT y la lista de competiciones designadas pueden consultarse en los siguientes enlaces: www.fifa.com/medical y <http://www.fifa.com/antidoping>.

FORMO PARTE DE UN GRUPO DE CONTROL DE UNA ORGANIZACIÓN NACIONAL ANTIDOPAJE (ONAD):

(NOMBRE DE LA ONAD)

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Datos para el envío de la respuesta:

Por correo electrónico

Dirección:

Por correo ordinario

Dirección:

2. DATOS CLÍNICOS (CONTINÚE EN UNA PÁGINA APARTE SI ES NECESARIO)

DIAGNÓSTICO CON DATOS CLÍNICOS DETALLADOS (V. NOTA 1):

Si existe un medicamento autorizado para el tratamiento de este problema médico, debe presentar un justificante médico para el uso de la sustancia prohibida:

NOTA 1 / DIAGNÓSTICO

Deben adjuntarse a esta solicitud pruebas que respalden el diagnóstico. La información médica debe incluir la historia clínica completa y los resultados de todos los exámenes, los análisis de laboratorio y el diagnóstico por imagen pertinentes.

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 que 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 buscar el término «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 deportistas que deben ser tratados con sustancias prohibidas.

3. DATOS SOBRE LA MEDICACIÓN (CONTINÚE EN UNA PÁGINA APARTE SI ES NECESARIO)

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

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Por la presente certifico que la información indicada en las secciones 2 y 3 es correcta y que el tratamiento médico descrito es apropiado.

NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____

DIRECCIÓN: _____

TEL.: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

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: _____

ESCOJA UNA OPCIÓN:

- 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.
- La normativa en vigor no exige la presentación de una solicitud por adelantado.
- Equidad (se requiere la aprobación de la AMA y de la FIFA)

Proporcione aquí una explicación más detallada:

6. SOLICITUDES PREVIAS

¿Ha presentado anteriormente solicitudes de AUT ante una OAD? Sí No

En caso afirmativo, ¿para qué sustancia o método? _____

¿Ante qué institución? _____ ¿Cuándo? _____

Decisión: Solicitud aprobada Solicitud rechazada

7. DECLARACIÓN DEL FUTBOLISTA

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 pueda 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. Dichas personas están obligadas a cumplir su deber profesional o contractual de confidencialidad.

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 los derechos que me asistan, como el derecho de acceso, rectificación, restricción y oposición; o 3) revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre mi salud, deberé informar al respecto a mi médico y a mi OAD 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 finalidad de ser utilizada en investigaciones o procedimientos relativos a posibles infracciones de las normas antidopaje, cuando así lo requiera el código, la normativa internacional o la legislación antidopaje nacional; o con la finalidad de establecer, efectuar o defender una demanda judicial en la que esté implicada mi persona así como la AMA y/o la OAD.

Doy mi consentimiento para 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 hallarse 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. Entiendo que la información sobre mi persona podrá guardarse en el sistema ADAMS —alojado en servidores de la AMA sitios en Canadá—, donde podrá mantenerse conforme a lo establecido en el Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal.

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 (privacy@wada-ama.org) o la FIFA o ante las autoridades reguladoras nacionales en materia de protección de datos en mi país.

Entiendo que las entidades citadas podrán ampararse y regirse por legislaciones nacionales antidopaje que puedan anular mi consentimiento, así como por otra normativa aplicable que exija la revelación de información a autoridades judiciales locales, fuerzas de seguridad u otras autoridades públicas. Si deseo obtener más información sobre la legislación nacional antidopaje, puedo dirigirme a la FIFA o a mi agencia nacional antidopaje.

FIRMA DEL FUTBOLISTA: _____ **FECHA:** _____

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

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

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SE DEVOLVERÁN Y DEBERÁN PRESENTARSE DE NUEVO.

UNA VEZ RELLENADO, DEBERÁ ENVIAR EL FORMULARIO DE MANERA CONFIDENCIAL AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CONTROL DE DOPAJE DE LA FIFA. PARA ELLO, ENVÍE UN CORREO FORMAL ÚNICAMENTE A LA DIRECCIÓN ANTIDOPING@FIFA.ORG, SIN ADJUNTAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD NI NINGÚN OTRO DOCUMENTO MÉDICO. A CONTINUACIÓN, LA FIFA LE ENVIARÁ UN ENLACE PERSONALIZADO A UNA CARPETA ENCRIPADA DONDE PODRÁ CARGAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD Y LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA. LE ROGAMOS SE ABSTENGA DE ENVIAR INFORMACIÓN PERSONAL POR CORREO ELECTRÓNICO.