



Autorización de Uso Terapéutico (AUT) Formulario de Solicitud
Therapeutic Use Exemptions (TUE) Application Form

Por favor complete todas las secciones en letras mayúsculas o a máquina. El deportista debe completar las secciones 1, 5, 6 y 7; el médico debe completar las secciones 2, 3 y 4. Las solicitudes ilegibles o incompletas se devolverán y se deberán presentar nuevamente de forma legible y completa.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 5, 6 and 7; physician to complete sections 2, 3 and 4. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

1. Información del Deportista. Athlete Information

Apellido: _____ Surname	Nombres: _____ Given names:	
Mujer <input type="checkbox"/> Female	Hombre <input type="checkbox"/> Male	
Fecha de nacimiento(d/m/y): _____ Date of Birth		
Dirección / Address: _____		
Ciudad: _____ City	País: _____ Country	Código Postal: _____ Postcode
Tel.: _____		E-mail: _____
<i>(Con código internacional, With international code)</i>		
Deporte: _____ Sport		Disciplina/Posición: _____ Discipline/Position
Organización Deportiva Nacional/Internacional / International or National Sport Organization _____		
Si el Deportista tiene alguna discapacidad, tenga a bien indicar la misma: If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment _____ _____ _____		

2. Información Médica (continúe en una hoja aparte si es necesario)

Medical Information (continue on separate sheet if necessary)

Diagnóstico / Diagnosis:

Si una medicación permitida puede ser usada para el tratamiento de la condición médica, por favor proporcione la justificación clínica para la solicitud de uso de una medicación prohibida

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide clinical justification for the requested use of the prohibited medication:

Comentario:

Los elementos que confirmen el diagnóstico deben ser anexados y enviados con esta solicitud. Las pruebas médicas deben incluir un historial médico completo y los resultados de todos los exámenes pertinentes, investigaciones de laboratorio y estudios de imágenes. Las copias de los informes o cartas originales deben ser incluidas cuando sea posible. Las pruebas deben ser lo más objetivas posibles teniendo en cuenta las circunstancias clínicas. En el caso de condiciones no demostrables, opiniones médicas independientes respaldarán esta solicitud.

WADA mantiene una serie de guías para ayudar a los médicos en la preparación de toda la solicitud de AUT. Se puede acceder a esta serie de Guías Médicas de AUT ingresando el término de búsqueda "Información Médica" en el sitio web de WADA: <https://www.wada-ama.org>. Las guías establecen el diagnóstico y el tratamiento de varias condiciones médicas que afectan a los deportistas y el tratamiento requerido con sustancias prohibidas.

Comment:

Evidence confirming the diagnosis shall be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. Evidence should be as objective as possible in the clinical circumstances. In the case of non-demonstrable conditions, independent supporting medical opinion will assist this application.

WADA maintains a series of guidelines to assist physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These TUE Physician Guidelines can be accessed by entering the search term "Medical Information" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>. The guidelines address the diagnosis and treatment of a number of medical conditions commonly affecting athletes, and requiring treatment with prohibited substances.

3. Detalles Médicos / Medication Details

Sustancias Prohibidas(s): <u>Nombre genérico</u> Prohibited Substance(s): <u>Generic name</u>	Dosis Dose	Forma de Administración Route of Administration	Frecuencia Frequency	Duración del tratamiento Duration of Treatment
1.				
2.				
3.				

4. Declaración del Médico Tratante / Medical Practitioner's Declaration

Certifico que la información que figura en las secciones 2 y 3 anteriores es precisa y que el tratamiento arriba mencionado es médicamente apropiado.

I certify that the information at sections 2 and 3 above is accurate, and that the above-mentioned treatment is medically appropriate.

Nombre / Name

Especialidad médica y Cédula (s) presional (es) / Medical Speciality & profesional licence

Dirección/Address:

Tel.: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Firma del médico tratante: _____

Fecha: _____

Signature of Medical Practitioner

Date

5. Solicitudes retroactivas / Retroactive applications

<p>¿Es esta una solicitud retroactiva? Is this a retroactive application?</p> <p>Sí / yes: <input type="checkbox"/></p> <p>No / no: <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿en qué fecha comenzó el tratamiento? If yes, on what date was treatment started?</p>	<p>Por favor indique una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Fue necesario un tratamiento de emergencia o tratamiento de una condición médica aguda Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary</p> <p><input type="checkbox"/> Debido a otras circunstancias excepcionales no hubo tiempo ni oportunidades suficientes para presentar una solicitud antes de la recogida de muestras Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection</p> <p><input type="checkbox"/> No se requiere una solicitud anticipada según las normas aplicables Advance application not required under applicable rules</p> <p><input type="checkbox"/> Legitimidad (Aprobación requerida de WADA y de la ONAD) Fairness (WADA and ADO) approval required</p> <p>Explique, por favor / Please explain:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

6. Solicitudes anteriores / Previous applications

<p>¿Ha presentado previamente alguna solicitud de AUT(s) ante alguna OAD? Have you submitted any previous TUE application(s) to any ADO?</p> <p>Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Para qué sustancia o método? / For which substance or method? _____</p> <p>¿A quién? _____ ¿Cuándo? _____ To whom? _____ When? _____</p> <p>Decisión / Decision: Aprobada / Approved <input type="checkbox"/> No aprobada / Not approved <input type="checkbox"/></p>

7. Declaración del deportista / Athlete's declaration

Yo, _____, certifico que la información de las secciones 1, 5 y 6 es exacta. Autorizo la divulgación de información médica personal a la Organización Antidopaje (OAD), así como al personal de la AMA, al CAUT de la AMA (Comité de Autorización de Uso Terapéutico) y a otros CAUTs de OAD y personal autorizado que tenga derecho a conocer esta información de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje ("*El Código*") y/o los Estándares Internacionales para Autorizaciones de Uso Terapéutico. Estas personas están sujetas a una obligación de confidencialidad profesional o contractual.

Yo autorizo a mi(s) médico(s) a facilitar a las personas anteriores cualquier información médica que consideren necesaria con el fin de examinar y decidir acerca de mi solicitud.

Yo entiendo que esta información solo se utilizará para evaluar mi solicitud de AUT y en el contexto de posibles investigaciones y procedimientos de infracciones de las normas antidopaje. Yo entiendo que si alguna vez deseo (1) obtener más información sobre el uso de mi información médica; (2) ejercer cualquier derecho que pudiera tener, tales como mi derecho de acceso, rectificación, restricción, oposición, o eliminación; o (3) revocar el derecho de estas organizaciones de obtener mi información de salud, debo notificar por escrito a mi médico actuante y a mi OAD de dicho hecho. Yo entiendo y estoy de acuerdo que puede ser necesario que la información relacionada con una AUT presentada antes de revocar mi consentimiento sea conservada con fines de investigación o procedimientos relacionados a una posible infracción de las normas antidopaje, conforme a las exigencias del *Código*, *Estándares Internacionales*, o leyes nacionales antidopaje; o para establecer, ejercer o defender un reclamo legal que me involucre a mí, a WADA y/o a una OAD.

Yo consiento que la decisión relativa a esta solicitud se ponga a disposición de todas las OADs u otras organizaciones con potestad para realizar controles y/o para realizar la gestión de resultados.

Yo entiendo y acepto que los receptores de mi información y de la decisión de mi solicitud puedan estar localizados fuera del país en el que yo resido. En algunos de estos países la protección de datos y leyes de privacidad pueden no ser equivalentes a aquellas de mi país de residencia. Yo entiendo que mi información puede estar almacenada en ADAMS, cuya sede son los servidores de la AMA con base en Canadá, y serán retenidos por la duración que se indica en el Estándar Internacional de Protección y Privacidad de Información Personal (EIPPI) de la AMA.

Yo entiendo que, si mi Información Personal no se utiliza de conformidad con este consentimiento y el EIPPI, puedo generar una queja a la AMA (privacy@wada-ama.org), o a mi regulador nacional responsable por protección de datos en mi país.

Yo entiendo que las entidades mencionadas anteriormente pueden basarse y estar sujetas a las leyes nacionales antidopaje que sobrepasan mi consentimiento u otras leyes aplicables que pueden requerir información a ser expuesta ante cortes locales, demanda legal, u otras autoridades públicas. Puedo obtener mayor información sobre leyes nacionales antidopaje en mi Federación u Organización Nacional Antidopaje.

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 5 and 6 is accurate. I authorize the release of personal medical information to the relevant Anti-Doping Organization (ADO) as well as to WADA authorized staff, to the WADA TUEC (Therapeutic Use Exemption Committee) and to other ADO TUECs and authorized staff that may have a right to this information under the World Anti-Doping Code ("*Code*") and/or the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. These people are subject to a professional or contractual confidentiality obligation.

I consent to my physician(s) releasing to the above persons any health information that they deem necessary in order to consider and determine my application.

I understand that my information will only be used for evaluating my TUE request and in the context of potential anti-doping rule violation investigations and procedures. I understand that if I ever wish to (1) obtain more information about the use of my health information; (2) exercise any rights I may have, such as my right of access, rectification, restriction, opposition, or deletion; or (3) revoke the right of these organizations to obtain my health information, I must notify my medical practitioner and my ADO in writing of that fact. I understand and agree that it may be necessary for TUE-related information submitted prior to revoking my consent to be retained for the purpose of investigations or proceedings related to a possible anti-doping rule violation, where this is required by the *Code, International Standards*, or national anti-doping laws; or to establish, exercise or defend a legal claim involving me, WADA, and/or an ADO.

I consent to the decision on this application being made available to all ADOs, or other organizations, with Testing authority and/or results management authority over me.

I understand and accept that the recipients of my information and of the decision on this application may be located outside the country where I reside. In some of these countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my country of residence. I understand that my information may be stored in ADAMS, which is hosted by WADA on servers based in Canada, and will be retained for the duration as indicated in the WADA International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI).

I understand that if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the ISPPPI, I can file a complaint to WADA (privacy@wada-ama.org), or my national regulator responsible for data protection in my country.

I understand that the entities mentioned above may rely on and be subject to national anti-doping laws that override my consent or other applicable laws that may require information to be disclosed to local courts, law enforcement, or other public authorities. I can obtain more information on national anti-doping laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

Firma del Deportista: _____
Athlete's signature

Fecha: _____
Date

Firma del padre/Responsable: _____
Parent's / Guardian's signature

Fecha: _____
Date

(Si el deportista es menor o tiene una discapacidad que le impida firmar este formulario, un padre o responsable deberá firmar en nombre del Deportista)

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

Por favor envíe la solicitud completa a ORGANIZACIÓN NACIONAL ANTIDOPAJE PARAGUAY, Panel de Autorización de Uso Terapéutico a través de los siguientes medios (conservar una copia para sus registros):

Please submit the completed form to Comité Nacional Antidopaje, by the following means (keeping a copy for your records)

Dirección / Address : Avenida Eusebio Ayala Km. 4 ½ y R.I. 6 Boquerón - Tel.: (595-21) 520-675/6
Asunción – Paraguay, Correo electrónico / by e-mail : info@onad.snd.gov.py