

Solicitud de Autorizaciones de Uso Terapéutico - *Therapeutic Use Exemptions Application Form*

Por favor, complete todas las secciones con letras mayúsculas o a máquina. El deportista debe completar las secciones 1, 5, 6 y 7; el médico, las secciones 2, 3 y 4. Las solicitudes ilegibles o incompletas no serán aceptadas y deberán presentarse 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*

Datos del deportista / *Athlete personal data*

Apellidos <i>Surname</i>	<input type="text"/>		
Nombre <i>Given Names</i>	<input type="text"/>		
NIF-NIE <i>ID number</i>	Sexo (M-F) <i>Gender (M-F)</i>	Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa) <i>Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/>
Deporte <i>Sport</i>	Especialidad <i>Discipline</i>		<input type="text"/>
Federación nacional o internacional <i>National or International Sport Organization</i>	<input type="text"/>		
Indique si tiene alguna discapacidad <i>If you are an Athlete with an impairment, please indicate the impairment</i>	<input type="text"/>		

Canales de comunicación / *Address data*

Dirección <i>Address</i>	<input type="text"/>		
Localidad <i>City</i>	Provincia <i>State</i>	<input type="text"/>	
Código Postal <i>Postcode</i>	País <i>Country</i>	Teléfono <i>Tel.</i>	<input type="text"/>
Correo electrónico <i>Email</i>	Móvil <i>Cell.</i>		<input type="text"/>

Datos de uno de los padres o tutor / *Parent's-Guardian's*

Si el deportista es menor, deberá completar este apartado / *If the athlete is a Minor, a parent or guardian shall complete these data*

Apellidos <i>Surname</i>	<input type="text"/>		
Nombre <i>Given Names</i>	<input type="text"/>		
NIF-NIE <i>ID number</i>	Parentesco-Relación <i>Relationship</i>	<input type="text"/>	

Cláusula de protección de datos / *Personal Data Protection*

Los datos personales recogidos en este correo, serán tratados conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El responsable de este fichero es la Agencia Española de Protección de Salud en el Deporte, ante la cual podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la Plaza de Valparaíso, 4, 28016 Madrid o a través del correo aepsad@aepsad.gob.es. Para consultas relacionadas con el tratamiento de los datos personales podrá dirigirse al Delegado de Protección de Datos a través del correo dpd@aepsad.gob.es

Solicitud de Autorizaciones de Uso Terapéutico - Therapeutic Use Exemptions Application Form

2. Información médica / Medical Information

Continúe en hoja aparte si fuera necesario / Continue on separate sheet if necessary

Diagnóstico con información médica suficiente / Diagnosis

Si es posible utilizar una medicación permitida para tratar la patología, por favor, proporcione la justificación clínica para solicitar el 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

Nota / Comment

Deben adjuntarse y enviarse con esta solicitud los elementos que confirman el diagnóstico. La información médica debe incluir una historia clínica completa y los resultados de todas las pruebas, análisis de laboratorio y estudios por imágenes pertinentes. Se adjuntarán copias de los informes o cartas originales cuando sea posible. Los elementos probatorios deberán revestir la máxima objetividad posible teniendo en cuenta las circunstancias clínicas. En el caso de patologías indemostrables, se respaldará esta solicitud con opiniones médicas independientes.

La AMA elabora una serie de directrices para ayudar a los médicos a preparar solicitudes de AUT completas y exhaustivas. Pueden consultarse estas "Informaciones médicas para orientar las decisiones de los CAUT" buscando el término *Medical Information* (informaciones médicas) en la página web de la AMA: <https://www.wada-ama.org>. En ellas se abordan el diagnóstico y el tratamiento de diversas patologías frecuentes en deportistas que deben tratarse con sustancias prohibidas.

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. Información detallada sobre la medicación / Medication details

Sustancias prohibidas (nombre genérico) <i>Prohibited Substances (Generic name)</i>	Posología <i>Dose</i>	Vía de administración <i>Route of Administration</i>	Frecuencia <i>Frequency</i>	Duración del tratamiento <i>Duration of Treatment</i>

Solicitud de Autorizaciones de Uso Terapéutico - Therapeutic Use Exemptions Application Form

4. Declaración del médico / Medical practitioner's declaration

Certifico que la información que figura en las secciones 2 y 3 anteriores es exacta y que el tratamiento mencionado es adecuado desde el punto de vista médico.

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

Nombre completo
Name

Especialidad médica
Medical speciality

Número de colegiado
Member number

Dirección
Address

Localidad Provincia
City State

Código Postal País Teléfono
Postcode Country Tel.

Correo electrónico Fax
Email Fax.

Fecha (dd/mm/aaaa) Firma del médico
Date (dd/mm/yyyy) Signature of Medical Practitioner

5. Solicitud retroactiva / Retroactive applications

¿Está solicitando una AUT con efecto retroactivo? Sí No
Is this a retroactive application? Yes No

En caso afirmativo, indique fecha de inicio del tratamiento
If yes, on what date was treatment started?

Duración prevista del tratamiento
Estimated length of treatment

Próxima competición (dd/mm/aaaa)
Next competition date (dd/mm/yyyy)

Indique el motivo
Please indicate reason

- Urgencia médica o tratamiento de una patología aguda
Emergency treatment or treatment of an acute medical condition was necessary
 - Debido a otras circunstancias excepcionales, no hubo el tiempo suficiente o la posibilidad de presentar una solicitud antes de la toma de muestras
Due to other exceptional circumstances, there was insufficient time or opportunity to submit an application prior to sample collection
 - Las normas aplicables no exigen que se presente una solicitud con antelación
Advance application not required under applicable rules
 - Otros motivos
Other
- Especifique
 Please explain

Solicitud de Autorizaciones de Uso Terapéutico - Therapeutic Use Exemptions Application Form

6. Solicitudes anteriores / Previous applications

¿Ha presentado con anterioridad alguna solicitud de AUT?
Have you submitted any previous TUE applications?

Si No
Yes No

¿Para qué sustancia o método?
For which substance or method?

¿A quién?
To whom?

¿Cuándo?
When?

Decisión:
Decision:

Concedida
Approved

Denegada
Not Approved

No procede
Not Applicable

7. Declaración del deportista / Athlete's declaration

Yo, _____, certifico que la información expuesta en las secciones 1, 5 y 6 es exacta. Autorizo la divulgación de información médica personal tanto a la organización antidopaje (OAD), como al personal habilitado de la AMA, al CAUT de la AMA (Comité de Autorizaciones de Uso Terapéutico) y a otros CAUT de las OAD, y al personal habilitado que tenga derecho a conocer esta información en virtud del Código Mundial Antidopaje (el «Código») o de las Normas Internacionales para las Autorizaciones para el Uso Terapéutico. Doy mi consentimiento para que mi médico o mis médicos faciliten a las personas mencionadas cualquier información sobre mi salud que estas consideren necesaria para estudiar mi solicitud y emitir una decisión al respecto. Entiendo que esta información sobre mí solo se utilizará para evaluar mi solicitud de AUT y en el marco de las investigaciones y procedimientos referentes a posibles infracciones de las reglas antidopaje. Me consta que si alguna vez deseo (1) obtener más información sobre el uso de mis datos médicos, (2) ejercer mi derecho a acceder a ellos y a rectificarlos o (3) revocar la autorización de estas entidades a obtenerlos, debo notificárselo a mi médico y a mi OAD por escrito. Entiendo y acepto que puede ser necesario que la información relativa a una AUT presentada antes de la revocación de mi consentimiento se conserve con el único propósito de esclarecer una posible infracción de las reglas antidopaje, cuando así lo exija el Código. Doy mi consentimiento para que la decisión relativa a esta solicitud se ponga a disposición de todas las OAD u otras entidades competentes en materia de controles o de gestión de mis resultados. Entiendo y acepto que los destinatarios de la información sobre mí y de la decisión relativa a esta solicitud pueden encontrarse fuera del país en el que resido. En algunos Estados, las leyes de protección de datos y de confidencialidad pueden no ser equivalentes a las de mi país de residencia. Soy consciente de que tengo la posibilidad de presentar una reclamación ante el AMA o el TAD si considero que mis datos personales no se están utilizando de acuerdo con el presente consentimiento y con la Norma Internacional para la Protección de Datos Personales.

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 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. 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 my right of access and correction; 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 sole purpose of establishing a possible anti-doping rule violation, where this is required by the Code. 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 if I believe that my Personal Information is not used in conformity with this consent and the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information, I can file a complaint to WADA or CAS

Fecha (dd/mm/aaaa)
Date (dd/mm/yyyy)

Firma del deportista o tutor
*Athlete's signature or parent's-
guardian's signature*

Si el deportista es menor o tiene una discapacidad que le impida firmar esta solicitud, uno de sus padres o un tutor firmará en su nombre
If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing him/her signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete

Por favor, envíe esta solicitud (conservando copia de la misma) por uno de los siguientes medios:
Please submit the completed form by the following means (keeping a copy for your records):

Correo Postal:
Mail:

CAUT
Plaza de Valparaíso número 4
28016 Madrid

Fax:
Fax.:

91 589 05 19