



El Consejo Mundial de Boxeo y su Programa de Boxeo Limpio (CBP) en conjunción con la Asociación Voluntaria de Antidopaje (VADA) han elaborado este documento, que será empleado para la Autorización de Uso Terapéutico (AUT):

Solicitud de Autorización de Uso Terapéutico (AUT)

* Por favor complete todas las secciones y escriba a máquina o use letra de imprenta legible. Solicitudes incompletas serán regresadas

* Ninguna autorización de uso terapéutico será efectiva hasta que el atleta sea notificado por escrito después que VADA haya revisado el expediente

* Por favor envíe su petición a VADA por fax al (702) 255-8420 o por correo electrónico a TUE@VADA-testing.org

* Use páginas adicionales si lo necesita

* Si no recibe una confirmación de la recepción de su solicitud para la AUT dentro de los siguientes tres (3) días laborales, por favor comuníquese con VADA inmediatamente

Fecha: _____
mes día año

Información del Atleta

NOMBRE: _____
Apellidos primer nombre segundo nombre

NOMBRE DEL RING: _____ MASCULINO FEMENINO

DOMICILIO:

calle ciudad estado C.P. País
() ()
teléfono teléfono celular

Correo Electrónico (si proporciona su correo electrónico, significa que acepta recibir la información a través de este medio respecto AUT)

DIRECCIÓN DE ENVÍO: (si es diferente a la dirección antes escrita)

Domicilio ciudad estado C.P. País
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
mes día año

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
ciudad estado país

Si desea designar una persona que hable con VADA en su nombre respecto de esta solicitud de Autorización de Uso Terapéutico, por favor escriba aquí los nombres y qué relación tienen con Ud.

1 _____
2 _____

Por favor escribe las próximas peleas que tiene programadas (incluya fechas y lugares):

1 _____
2 _____
3 _____

Escribe todos los medicamentos, suplementos nutritivos, medicamentos en "venta libre o sin receta", vitaminas, y/o sustancias similares que cotidianamente usa o que ha utilizado durante los últimos 14 meses:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____

Solicitudes de Autorización de Uso Terapéutico precedentes

¿ Ha solicitado anteriormente Autorización de Uso Terapéutico? SI NO

Solicitud Precedente #1:

¿Por qué sustancia (nombre genérico)? _____

¿Por qué razón utilizó esta sustancia? _____

¿A que institución fue enviada su solicitud? _____

¿Cuándo fue enviada? _____

¿cuál fue la decisión? Aprobada No aprobada

Solicitud Precedente #2:

¿por qué sustancia (nombre genérico)? _____

¿Por qué razón utilizó esta sustancia? _____

¿A que institución fue enviada su solicitud? _____

¿Cuándo fue enviada? _____

¿cuál fue la decisión? Aprobada No Aprobada

Información sobre el Medico Facultativo/Doctor

NOMBRE: _____
Apellidos Nombre(s)

TITULO (eJ: Médico, Doctor): _____

DOMICILIO: _____

calle ciudad estado C.P. País
() ()
fax # Teléfono celular #

email address (note - by entering an email address, you agree to receive communication about this TUE by email)

MAILING ADDRESS: (if different from physical address above)

Domicilio Ciudad Estado C.P. País

Información sobre los Medicamentos

Los exámenes médicos que confirmen el diagnóstico deben ser anexados y enviados con esta solicitud. En aquellos casos donde los exámenes no estén escritos en inglés, un resumen en inglés deberá ser incluido. Los exámenes médicos deben incluir una historia médica general y un resumen de los resultados de los exámenes, de laboratorios, estudios de imagen médica como por ej. imagen de resonancia magnética. Copias de los informes originales y cartas deben ser incluidos, si fuera posible. La evidencia debe ser lo más específica posible, dentro del criterio clínico, y en el caso donde las condiciones no lo demuestran, una opinión medica independiente y de fundamento debe ser incluida en esta solicitud. VADA debe tener suficiente información medica para obtener el mismo diagnostico sin necesidad de ver al atleta.

DIAGNOSTICO: _____

EXAMEN (ES)/PRUEBA (S) MÉDICAS REALIZADAS: _____

Descripción de Medicamentos

Substancia(s) o métodos prohibidos Nombre Genérico	Posología, dosificación y frecuencia utilizada	Vía de Adminstración	Inicio del Tratamiento (dd/mm/aa)	Fin del Tratamiento (dd/mm/aa)

Declaración del Médico Facultativo/Doctor (Debe ser completada por médico facultativo/doctor)

Certifico que el tratamiento descrito en los párrafos de esta solicitud son adecuados y que el uso de medicamentos que no están en la lista de prohibiciones de VADA no serán suficientes para lograr un tratamiento efectivo del atleta bajo estas condiciones diagnosticadas.

Firma: _____
FIRMA DE MÉDICO FACULTATIVO/DOCTOR

Fecha: _____
mes día año

Declaración del atleta

Certifico que la información es exacta y que estoy solicitando la aprobación del uso de un medicamento/substancia o método que está prohibido por asociación de control anti-dopaje voluntario (VADA). Autorizo el acceso a VADA de mi expediente medico o la información médico personal. Entiendo que si deseo inhabilitar el derecho a VADA de obtener información sobre mi estado de salud , debo informar a VADA y al médico facultativo/doctor por escrito de este hecho Al completar y entregar este formulario, doy consentimiento para utilizar dicha información con el solo y legítimo propósito de un control antidopaje, lo cual también será válido para las solicitudes o documentos proporcionados anteriormente o aquellos que puedan ser proporcionados a VADA en el futuro. Entiendo que la utilización de cualquier substancia/droga/ prohibida es a mi propio riesgo de cometer una violación de dopaje hasta que mi solicitud haya sido aprobada y que haya recibido dicha aprobación por escrito de la parte de VADA.

He leído y comprendido totalmente la declaración e información solicitada.

FIRMA: _____
Firma del Atleta

Fecha: _____
mes día año