



PROSPERIDAD
PARA TODOS

ENVIAR AL GRUPO NACIONAL ANTIDOPAJE

controldopaje@coldeportes.gov.co

TEL. 4377100 EXT. 1004 -1010 FAX. 1007

AUTORIZACION PARA USO TERAPÉUTICO (AUT)

Favor llenar todas las secciones en letra clara e imprenta

1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA

Apellido(s): _____	Nombre(s): _____
Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento d/m/a: _____
Dirección: _____	
Ciudad: _____ País: _____	Código Postal: _____
Teléfono: (57) _____ (Con código internacional)	Celular: _____
E-mail: _____	Cédula ó Pasaporte: _____
Deporte: _____	Disciplina/posición: _____
Organización Nacional o Internacional: _____	
Equipo/Club: _____	
Si el deportista tiene alguna discapacidad, indique la discapacidad: _____	

2. INFORMACION DEL MEDICO QUE CERTIFICA

Nombre completo: _____
Especialidad Médica: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____
E-mail: _____
Certifico que el tratamiento mencionado es medicamento apropiado y que el uso de una medicina alternativa que no se encuentra en la Lista Prohibida, sería insuficiente para esta condición.
Firma del médico Actuante: _____ Fecha d/m/a: _____

3. DETALLE DE LOS MEDICAMENTOS

Sustancia(s) prohibida(s) nombre genérico	Dosis	Vía Administración	Frecuencia	Duración Programada del tratamiento (Ver opciones*)
1.				
2.				
3.				

* Duración Programada del tratamiento: Sólo una vez, Urgencia, Semanas, Meses o Años.

Ha solicitado usted anteriormente una Autorización de Uso Terapéutico: SI: NO:

1. Para que sustancia? _____ Ante quien: _____
 Fecha d/m/a: _____ Decisión: Aprobada: No Aprobada:

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL



**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

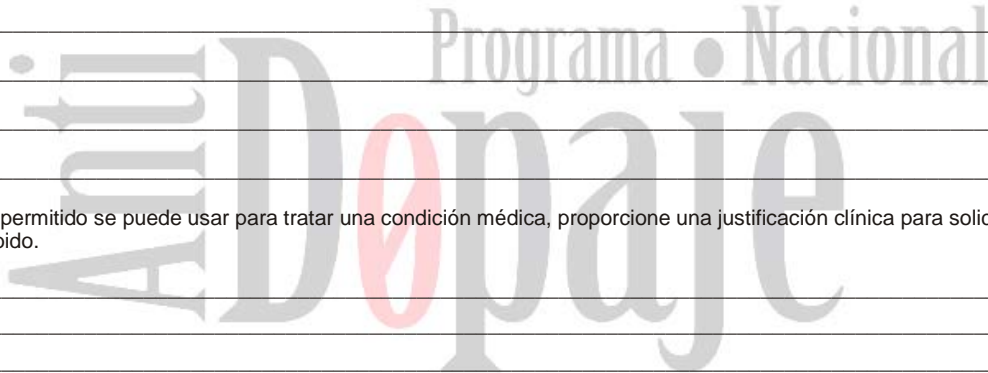
ENVIAR AL GRUPO NACIONAL ANTIDOPAJE

controldopaje@coldeportes.gov.co

TEL. 4377100 EXT. 1004 -1010 FAX. 1007

4. INFORMACION MÉDICA

Diagnóstico con suficiente información médica:



Si un medicamento permitido se puede usar para tratar una condición médica, proporcione una justificación clínica para solicitar el uso del medicamento prohibido.

5. DECLARACIÓN DEL DEPORTISTA

Yo, _____ certifico que la información bajo el numeral 1 es correcta y que estoy solicitando aprobación para utilizar una sustancia o método de la Lista Prohibida de la WADA. Autorizo la entrega de mi información médica al Grupo Nacional Antidopaje, a la Agencia Mundial Antidopaje -WADA, y a otras organizaciones contra el dopaje incluidos en el Código y que la información será accesible a través de ADAMS por un periodo mínimo de 8 años. Tengo claro que si alguna vez deseo revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información médica a mi nombre, debo notificar de este hecho a mi médico y a mi Organización Nacional Antidopaje por escrito.

Hago parte de un Testing Pool?: SI NO

Indique cual: Nacional: Internacional:

Firma del deportista: _____

Fecha d/m/a: _____

Firma del padre/madre o acudiente: _____

Fecha d/m/a: _____

(Si el deportista es menor de edad o tiene discapacidad que le impida firmar este formato, su padre/madre ó acudiente puede firmar conjuntamente con o a nombre del deportista.)

LA SOLICITUD INCOMPLETA O ILEGIBLE SERÁ DEVUELTA Y DEBERÁ SER ENVIADA NUEVAMENTE. (GUARDE UNA COPIA)

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL