



**GUÍA para la CUMPLIMENTACIÓN del FORMULARIO de SOLICITUD de AUTORIZACIÓN
de USO TERAPÉUTICO**

**1. SOLICITUD DEL
DEPORTISTA:**

Datos del deportista	
Nombre completo :	Nombre Apellido1 Apellido2
NIF / NIE :	00000000X
Datos del padre o tutor (Si el deportista es menor de edad, deberá completar este apartado)	
Nombre completo :	
NIF / NIE :	
Parentesco o relación:	

DATOS DEL DEPORTISTA La solicitud deberá de realizarla el deportista o su tutor legal cuando proceda.

En este segundo caso, la declaración deberá de ser firmada por el tutor. Recuerde rellenar siempre el campo D.N.I./ N.I.E. ya que es un dato inequívoco que permitirá su identificación a efectos de la Administración General del Estado.

CANALES DE COMUNICACIÓN. Los datos que se hagan constar en este apartado servirán para que el Comité notifique lo que se decida sobre su solicitud así como establecer contacto en caso de precisar, por ejemplo, alguna aclaración o ampliación de datos

Canales de comunicación (a efectos de notificaciones y comunicaciones)	
Dirección :	PLAZA. VALPARAÍSO, 4, BAJO
Localidad :	MADRID
Provincia :	MADRID
Código Postal :	2 8 0 1 6
Teléfono :	910 000 000
Fax :	910 000 000
Correo electrónico :	valparaiso@sitio.ext
Móvil :	555 555 555

Procure rellenar todos los campos con datos que permitan una comunicación eficaz.

Otros datos del deportista	
Federación	R.F.E. Atletismo
Especialidad	Lanzamiento
Sexo	Hombre
Fecha de nacimiento	1 DE ENERO DE 1981
Nº Licencia Federativa	555-AE-555

OTROS DATOS DEL DEPORTISTA: los datos de este apartado nos informarán sobre el

deporte y especialidad que practique así como su edad y condición federativa. Recuerde que el CAUT sólo resuelve solicitud de deportistas con Licencia Nacional y que la Lista de Sustancias Prohibidas en el Deporte establece sustancias prohibidas para ciertos deportes por lo que los datos de este apartado son clave para tramitar su solicitud.

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA: indique en este apartado la documentación que acompaña a su solicitud marcando las casillas correspondientes. Recuerde que la solicitud se compone de

Documentación que adjunta	
<input checked="" type="checkbox"/>	Declaración médica según modelo "Declaración médica para Autorizaciones Terapéuticas y Declaraciones de Uso"
<input checked="" type="checkbox"/>	Historial médico completo (anamnesis, exploración, pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento).
<input type="checkbox"/>	Pruebas complementarias
<input checked="" type="checkbox"/>	Otros documentos : Informe de tratamiento de urgencia.

dos partes, la solicitud del deportista y la declaración médica.

Declaración

1º.-Autorizo la entrega de información médica personal a la Agencia de Protección de la Salud en el Deporte, así como en su caso a las organizaciones antidopaje competentes.

2º.-Declaro formalmente que son ciertos y completos los datos de la presente solicitud y en el caso de aportar copia de documentación, que ésta coincide fielmente con la original.

Fecha: 13 de octubre de 2014

Firma del Deportista o tutor si es menor de edad:

DECLARACIÓN: la solicitud del deportista debe acompañarse de forma indefectible de la firma del interesado o de su tutor (cuando proceda). La firma supone la

cesión de tus datos a la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte para la tramitación de su solicitud así como la declaración de veracidad en los datos y documentos aportados. Recuerda que la Ley de Protección de Datos le ampara a los efectos de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

2. **DECLARACIÓN MÉDICA:** esta parte del formulario de solicitud debe rellenarlo el médico indicando los datos fundamentales del tratamiento así como de las sustancias para las que se solicita autorización.

Datos del deportista

Nombre completo : Nombre Apellido1 Apellido2

NIF / NIE : 00000000X

DATOS DEL DEPORTISTA: el médico indicará en este apartado los datos

identificativos del deportista al cual se prescribe el tratamiento.

INFORMACIÓN MÉDICA: en este apartado, el médico realizará una descripción sucinta tanto del diagnóstico como de la justificación de la/s sustancia/s prescritas como tratamiento. Ambos apartados deben rellenarse.

Información médica

Diagnóstico con información médica suficiente:

Caries en pieza cuarenta y seis presentando pulpitis y adenitis que produce intenso dolor.

RELLENAR SÓLO EN CASO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A CAUT:

Indique la justificación para el uso de una sustancia o método prohibido.

Dolor altamente invalidante que no cede con analgesia.

Información detallada sobre la medicación

Sustancias prohibidas Nombre genérico	Dosis	Vía	Frecuencia
Diflazacort	30 mgrs	Oral	Cada 24 horas

INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LA MEDICACIÓN: a efectos de la autorización deberá indicarse el nombre genérico (principio activo) de la/a sustancia/s prohibidas para las que

solicita AUT, así como la vía de uso, dosis y frecuencia. Recuerde que determinados grupos farmacológicos presentan diferencias en la prohibición en función de la vía de uso, por lo que todos estos datos son fundamentales.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: el médico deberá rellenar este apartado en función de que la solicitud de autorización sea para un tratamiento de emergencia/enfermedad grave ya iniciado u otra enfermedad indicando en cada caso la duración del tratamiento (recuerde que en caso de que su Autorización precise de efecto retroactivo y se incluya en uno de los supuestos previstos, la solicitud deberá recibirse en el plazo de diez días desde el inicio del tratamiento. Consulte la información relacionada con el efecto retroactivo en nuestra página web para mayor información)

Tratamiento de emergencia/enfermedad grave:

Dosis única. Fecha de administración :

Más de una dosis. Fecha de inicio : 16 de octubre de 2014

Duración prevista : Semanas

Otros tratamientos:

Duración prevista del tratamiento :

DECLARACIÓN: la declaración médica será firmada por un médico e incluirá todos los datos indicados en el formulario que permitan la correcta identificación del mismo.

Declaración

Certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente correcto, y que el uso de una medicación alternativa no incluida en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte, tendría resultados insatisfactorios para esta enfermedad.

Nombre completo :

Especialidad médica :

Número colegiado :

Dirección :

Teléfono: Fax:

Correo electrónico:

Fecha

Firma del Médico: