

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE USO TERAPÉUTICO (AUT)

**COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES.
ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUT, ASÍ COMO LA HISTORIA CLÍNICA (INCLUIDOS INFORMES Y DOCUMENTOS).**

1. INFORMACIÓN SOBRE EL JUGADOR

APELLIDOS:	_____	NOMBRES:	_____
MUJER <input type="checkbox"/>	HOMBRE <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO)	_____
DIRECCION:	_____		
CIUDAD:	_____	PAÍS:	_____
TEL.:	_____		
CORREO ELECTRÓNICO:	_____		
NACIONALIDAD:	_____		
NOMBRE DEL CLUB O ASOCIACIÓN NACIONAL DE FÚTBOL:	_____		

PARTICIPO EN UNA COMPETICIÓN DE LA CONMEBOL: _____

(NOMBRE DE LA COMPETICIÓN DE LA CONMEBOL)

Duración prevista del Tratamiento: <i>(Marcar con una cruz la casilla Correspondiente)</i>	Una sola vez <input type="checkbox"/>	Urgencia <input type="checkbox"/>
		Fecha de la urgencia _____
	Duración (semanas/meses) _____	

En el caso de un tratamiento de urgencia, de un tratamiento de una condición médica aguda, o bien en circunstancias excepcionales, sírvase proporcionar toda la información relevante sobre la situación de urgencia o las razones por las que no tuvo tiempo de presentar una solicitud de AUT.

¿Ha presentado anteriormente solicitudes de AUT?:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Para qué sustancia?	_____	
¿Ante qué institución?	_____	
Decisión:	Aprobada <input type="checkbox"/>	Rechazada <input type="checkbox"/>

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Certifico que el tratamiento médico antes descrito es apropiado y que el uso de medicación alternativa que no se encuentra en las lista de sustancias y métodos prohibidos sería insatisfactorio para el cuadro patológico en cuestión.

NOMBRE: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA _____

DIRECCIÓN: _____

TEL.: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

TEL. MÓVIL: _____ **Nº DE FAX:** _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____ **FECHA:** _____

5. DECLARACIÓN DEL JUGADOR

Quien suscribe, _____, certifica que la información proporcionada en el punto 1 es exacta y solicita la aprobación para el uso de una sustancia o método de la lista de sustancias y métodos prohibidos de la AMA. Además, autoriza la entrega de información médica personal a la Unidad Antidopaje de la CONMEBOL y los órganos competentes de la CONMEBOL, al Comité de Autorización de Uso Terapéutico (CAUT) de la AMA y al personal autorizado de la AMA, así como a otros comités de organizaciones antidopaje que otorguen AUT y al personal autorizado, de acuerdo con las disposiciones del Código Mundial Antidopaje. Quien suscribe entiende que si alguna vez desea revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre su salud en su nombre, debe notificar por escrito a su médico y a la CONMEBOL.

FIRMA DEL JUGADOR: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL JUGADOR: _____ **FECHA:** _____

(Si el jugador es menor de edad o está incapacitado para firmar este formulario, uno de los padres o un tutor deben firmar adicionalmente o en su nombre).

6. NOTA

NOTA 1

DIAGNÓSTICO

Las pruebas que confirman el diagnóstico deben adjuntarse a esta solicitud.

Las pruebas médicas deben incluir una historia clínica exhaustiva y los resultados de todos los Exámenes pertinentes, investigaciones de laboratorio y análisis por imágenes, de acuerdo con la política de la CONMEBOL con respecto a las AUT.

Si es posible, se deberán incluir copias de los informes o las cartas originales. Las pruebas deberán ser tan objetivas como sea posible en las circunstancias clínicas de caso. En el caso de que la condición no pueda probarse, la opinión médica de fuentes independientes redundará en beneficio de esta solicitud

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SE DEVOLVERÁN Y TENDRÁN QUE PRESENTARSE DE NUEVO

Enviar el formulario completo a la Comisión Médica de la CONMEBOL por correo electrónico a:

comision.medica@csf.com.py

EL TRATAMIENTO NO PODRÁ ADMINISTRARSE HASTA QUE LA CONMEBOL HAYA APROBADO LA SOLICITUD DE AUT