



ORGANIZACIÓN REGIONAL ANTIDOPAJE SUDAMERICANA  
ORAD SAM - Avenida Eusebio Ayala y R.I. 6 Boquerón Km. 4 ½ .  
Tel.: (595-21) 520-675/6 Cel. 0981-739121  
e-mail: [oradsam@gmail.com](mailto:oradsam@gmail.com)

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN USO TERAPÉUTICO (AUT)

Por favor complete todas las secciones en letras mayúsculas manuscritas o a máquina. El deportista debe completar las secciones 1, 5, 6 y 7; el médico debe completar las secciones 2, 3 y 4. Las solicitudes ilegibles o incompletas se devolverán y se deberán presentar nuevamente de forma legible y completa.

### 1. Información del deportista

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Mujer..... Hombre..... Fecha de nacimiento d/m/a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel / Cel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
(Con código internacional)

Deporte: \_\_\_\_\_ Disciplina/Posición: \_\_\_\_\_

Organización Deportiva Nacional o Internacional:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si el deportista tiene alguna discapacidad, por favor indíquela:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



ORGANIZACIÓN REGIONAL ANTIDOPAJE SUDAMERICANA  
ORAD SAM - Avenida Eusebio Ayala y R.I. 6 Boquerón Km. 4 ½ .  
Tel.: (595-21) 520-675/6 Cel. 0981-739121  
e-mail: [oradsam@gmail.com](mailto:oradsam@gmail.com)

## 2. Información Médica (continúe en una hoja aparte, si es necesario)

### DIAGNÓSTICO:

Si un tratamiento con medicamentos permitidos es susceptible de ser aplicado como tratamiento para la condición médica, indicar la justificación clínica para la solicitud del uso de una medicación prohibida

### Nota sobre el diagnóstico

Los elementos que confirmen el diagnóstico deben ser anexados y enviados junto a esta solicitud. Las pruebas médicas deben incluir un historial médico completo y los resultados de todos los exámenes pertinentes, investigaciones de laboratorio y estudios de imágenes. Las copias de los informes o cartas deben ser incluidas, cuando sea posible. Las pruebas deben ser lo más objetivas posibles, teniendo en cuenta las circunstancias clínicas. En el caso de condiciones no demostrables, opiniones médicas independientes deberán respaldar esta solicitud.

## 3. Detalles de la Medicación

Sustancia(s) prohibida Nombre Genérico	Dosis	Vía de Administración	Frecuencia	Duración del Tratamiento
1				
2				
3				
4				
5				



ORGANIZACIÓN REGIONAL ANTIDOPAJE SUDAMERICANA  
ORAD SAM - Avenida Eusebio Ayala y R.I. 6 Boquerón Km. 4 ½ .  
Tel.: (595-21) 520-675/6 Cel. 0981-739121  
e-mail: [oradsam@gmail.com](mailto:oradsam@gmail.com)

---

#### 4. Declaración del Médico

Nombre:

---

Especialidad Médica

---

Dirección:

---

---

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



ORGANIZACIÓN REGIONAL ANTIDOPAJE SUDAMERICANA  
ORAD SAM - Avenida Eusebio Ayala y R.I. 6 Boquerón Km. 4 ½ .  
Tel.: (595-21) 520-675/6 Cel. 0981-739121  
e-mail: [oradsam@gmail.com](mailto:oradsam@gmail.com)

### 5. Solicitudes retroactivas

¿Es esta una solicitud retroactiva?

Sí..... No.....

Si la respuesta es afirmativa, en qué fecha comenzó el tratamiento:

---

---

Indique el motivo (marque la casilla que corresponda)

- A. Fue necesario un tratamiento de emergencia o tratamiento de una condición médica aguda.
- B. Debido a otras circunstancias excepcionales, no hubo tiempo ni oportunidades suficientes para presentar una solicitud antes de la recogida de muestras
- C. No se requiere una solicitud anticipada, según las normas aplicables
- D. – Otro

ESPECIFIQUE:

---

---

---

---

### 6. Solicitudes anteriores

¿Ha presentado previamente una solicitud de AUT? Sí.....No.....

¿Para qué sustancia o método?

---

¿Para quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Decisión:

Aprobada

No aprobada



ORGANIZACIÓN REGIONAL ANTIDOPAJE SUDAMERICANA  
ORAD SAM - Avenida Eusebio Ayala y R.I. 6 Boquerón Km. 4 ½ .  
Tel.: (595-21) 520-675/6 Cel. 0981-739121  
e-mail: [oradsam@gmail.com](mailto:oradsam@gmail.com)

## 7. Declaración del deportista

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que la información de las secciones 1, 5 y 6 es exacta.

Autorizo la divulgación de información médica personal a la **ORGANIZACIÓN REGIONAL ANTIDOPAJE SUDAMERICANA**, así como al personal de la AMA, al CAUT de la AMA (Comité de Autorización de Uso Terapéutico) y a otros Comités o Paneles AUTs de Organizaciones Antidopaje y personal autorizado que tenga derecho a conocer esta información de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje y/o el Estándar Internacional para Autorizaciones de Uso Terapéutico.

Yo autorizo a mi(s) médico(s) a facilitar a las personas anteriores cualquier información médica que consideren necesaria con el fin de examinar y decidir acerca de mi solicitud.

Yo entiendo que esta información solo se utilizará para evaluar mi solicitud de AUT y en el contexto de posibles investigaciones y procedimientos de infracciones de las normas antidopaje. Entiendo que si alguna vez deseo (1) obtener más información sobre el uso de mis datos médicos; (2) ejercer mi derecho de acceso y rectificación; o (3) revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información médica sobre mí, debo notificar a mi médico y a mi OAD por escrito de ese hecho. Entiendo y acepto que pueda ser necesario que la información relacionada con una AUT presentada antes de revocar mi consentimiento sea conservada con el único propósito de establecer una posible infracción de las normas antidopaje, conforme a las exigencias el Código.

Yo consiento que la decisión relativa a esta solicitud se ponga a disposición de todas las Organizaciones Antidopaje u otras organizaciones con potestad para realizar controles y/o para realizar la gestión de resultados.

Yo entiendo y acepto que los destinatarios de mi información y de la decisión relativa a esta solicitud puedan encontrarse fuera del país en el que resido. En algunos de estos países, las leyes de privacidad y de protección de datos pueden no ser equivalentes a las de mi país de residencia.

Yo entiendo que tengo la posibilidad de presentar una reclamación a la AMA o al TAD si yo considero que mi información personal no se utiliza de acuerdo con este consentimiento y con el Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal.

Firma del Deportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor del Deportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**(Si el deportista es un menor de edad o tiene una discapacidad que le impida firmar esta solicitud, uno de sus padres o un tutor deberá firmar en su nombre)**

Por favor envíe la solicitud completa y documentos adjuntos POR CORREO POSTAL O POR MANO a la dirección siguiente:

**ORGANIZACIÓN NACIONAL ANTIDOPAJE - PARAGUAY**  
**Comisión de AUT - Tribunal de Expertos en Dopaje**  
**Avda. Eusebio Ayala y RI 6 Boquerón**  
**ASUNCION - PARAGUAY**