

Excepciones de Uso Terapéutico Planilla de Solicitud Estándar

Yo aplico por aprobación de (Organización Contra el Doping), para el uso terapéutico de una sustancia prohibida en la Lista de WADA de Sustancias y Métodos Prohibidos.

Por favor completa todas las secciones

1. Información del Atleta

Apellido:	Nombres:	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> (Marque la casilla apropiada)		
Dirección:		
País:	Código Postal:	
Fecha de Nacimiento (d/m/a):		
Tel. Trabajo:	Tel. Res. :	Móvil:
Deporte:		Disciplina / posición:
Organización Deportiva Nacional:		
Si el Atleta está incapacitado, indique la incapacitación:		
e-mail:		

2. Notificación del Profesional Médico:

Nombre, calificaciones y especialidad médica: (Vea nota 1):	
.....	
Dirección:	
.....	
Email:	
Tel. Trabajo:	Tel. Res:
Móvil:	Fax:

Solicitud No.:

*Diagnóstico (Vea nota 2):
.....
.....

Ha sido notificado de esta solicitud el Oficial Médico en Jefe de la Organización Deportiva Nacional?
Si: No:

Nombre del Oficial Médico en Jefe de la Organización Deportiva Nacional: (vea nota 3):
.....

3. Detalles del Medicamento (vea nota 4)

Medicamento Prohibido:	Administración de Dosis	Ruta de Administración	Frecuencia de Administración
1.			
2.			
3.			

Duración Anticipada de este plan de Medicamento	
--	--

Previo/ Presente Solicitud(s) TUE: Si no

Si contestó SI indique la Fecha:

Organización Contra El Doping:

Resultados (anexe previo(s) TUE(s)):

Razones por no prescribir terapias alternativas (vea nota 5):

.....

.....

4. Información Adicional

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Declaración del Profesional Médico y del Atleta

Yo, certifico que la(s) sustancia(s) mencionada(s) arriba han sido/son administradas como el tratamiento correcto por la condición médica nombrada arriba.

Firma del Profesional Médico: **Fecha:**

Yo, certifico que la información bajo No. 1, es precisa y que yo estoy solicitando aprobación para usar una Sustancia o Método de la Lista Prohibida de WADA. Yo Autorizo a dar información personal médica a la Organización contra el Doping así como también al personal de WADA y a la WADA TUEC (Comité de Excepción de Uso Terapéutico) bajo las provisiones del Código. Entiendo que si yo deseo revocar los derechos de la Organización Contra El Doping TUEC o WADA TUEC para obtener información de mi salud en mi nombre, yo debo notificar a mi profesional medico por escrito acerca de eso.

Firma del Atleta:..... **Fecha:**.....

Firma de Padres/Guardian:.....**Fecha:**

(Si el atleta es un menor o tiene una incapacidad que no le permita firmar esta forma, un padre o guardián deberá firmar junto con o en nombre del atleta)

6. Notas:

Nota 1	<i>Nombre, Calificaciones y Especialidad Médica Por ejemplo: Dr. AB Cook, MD FRACP, Gastroenterólogo.</i>
Nota 2	Diagnóstico <i>Debe ser anexada evidencia confirmando el diagnóstico y enviada con esta solicitud. La evidencia médica deberá incluir historia médica comprensiva y resultados de todos los exámenes reveladores, investigaciones de laboratorio e imágenes de estudio. Copias de los reportes originales o cartas deberán ser incluidos cuando sea posible. Evidencia deberá ser tan objetiva como sea posible en las circunstancias clínicas y en el caso de condiciones no demostrables independientes de apoyo a la opinión médica deberán acompañar esta solicitud.</i>
Nota 3	Oficial Médico en Jefe de la Organización Deportiva Nacional <i>Donde sea posible, el Oficial Médico en Jefe de la Organización Deportiva Nacional involucrada, deberá ser notificado de la solicitud ante la Organización contra El Doping. Cuando sea propicio la solicitud deberá incluir un escrito por el oficial Médico de el organismo deportivo nacional del atleta, atestiguando la necesidad de la Sustancia Prohibida o Método Prohibido en el tratamiento del atleta.</i>
Nota 4	Detalles del Medicamento <i>Provea detalles concernientes a todas las sustancias o métodos prohibidos por lo cual es buscada la aprobación. Use nombres genéricos (INN) y especifique la dosis del medicamento.</i>
Nota 5	<i>Si un medicamento permitido puede ser usado en el tratamiento de la condición médica del atleta, por favor provea la justificación clínica para el uso solicitado del medicamento prohibido.</i>

Solicitudes incompletas serán regresadas y necesitará ser sometida nuevamente.

Por favor someta la planilla completada a la Organización Contra El Doping y guarde una copia para sus record.

International Softball Federation
1900 South Park Road
Plant City, FL 33563
Tel: 813.864.0100
Fax: 813.864.0105
Email: info@internationalsoftball.com

Solicitud No.:

5. Decisión ISF-TUEC (SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

Fecha de recibido:

Solicitud completa: Si no

Notas de la Oficina:
.....
.....
.....

Nombre del Representante TUEC:
firma:
Fecha:

STRICTLY CONFIDENTIAL