



## **AUTORIZACIONES DE USO TERAPÉUTICO (AUT)**

1. Todo jugador que consulte a un médico que le prescriba un tratamiento o medicación para motivos terapéuticos deberá preguntar si la prescripción contiene sustancias o métodos prohibidos. Si este es el caso, el jugador deberá solicitar un tratamiento alternativo.
2. Si no existe tratamiento alternativo, el jugador que posea un historial médico documentado y requiera el uso de una sustancia prohibida o de un método prohibido deberá primero solicitar una AUT. No obstante, las AUT se conceden solo en casos en los que exista de manera clara y convincente la necesidad clínica y no se obtenga ninguna ventaja para el jugador.
3. La solicitud y la aprobación de las AUT se realiza conforme a un estricto procedimiento, tal y como se establece en los estándares internacionales de autorización de uso terapéutico de la AMA y en la política AUT de la CONMEBOL vigente.

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

Completar todas las secciones. Escribir en mayúscula. El Formulario de Solicitud de AUT, así como la Historia Clínica (incluidos informes y documentos), deben presentarse en uno de los dos idiomas oficiales de la CONMEBOL.

### 1. INFORMACIÓN SOBRE EL JUGADOR/A

APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
MUJER	<input type="radio"/>	HOMBRE	<input type="radio"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>		
CIUDAD:	<input type="text"/>	PAÍS:	<input type="text"/>
TELÉFONO:	<input type="text"/>	CELULAR:	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>		
NACIONALIDAD:	<input type="text"/>		
NOMBRE DEL CLUB O ASOCIACIÓN DE FÚTBOL:	<input type="text"/>		
PARTICIPO EN UNA COMPETICIÓN DE LA CONMEBOL:	<input type="text"/>		
(Nombre de la Competición)			

Enviar respuesta a:

Por correo electrónico, al email:

OBSERVACIONES:

**CONFIDENCIAL**

## 2. INFORMACIÓN MÉDICA

### DIAGNÓSTICO CON SUFICIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (VER NOTA 1)

Si un medicamento autorizado puede usarse para el tratamiento de esta condición médica, debe proporcionar una justificación clínica para el uso de una sustancia o método prohibido:

## 3. INFORMACIÓN MÉDICA

Sustancia(s) prohibida(s) – Nombre Genérico	Dosis	Vía de Administración	Frecuencia con la que debe administrarse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Duración Prevista del Tratamiento:  
(Marcar con una cruz la casilla correspondiente)

Una sola vez

Urgencia

Fecha de 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?    Sí     NO

¿Para qué sustancia o método?

¿Ante qué Organización Antidopaje (Nacional o Internacional)?

Decisión:    Aprobada:

Rechazada:

**CONFIDENCIAL**

#### 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 el Estándar de Prohibiciones (Sustancias y Métodos) vigente el año en curso, sería insatisfactorio para el cuadro patológico en cuestión.

NOMBRE:

ESPECIALIDAD MÉDICA:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:  CORREO ELECTRONICO:

TELÉFONO MÓVIL:  N° 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, 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: \_\_\_\_\_

#### 6. NOTA

<b>NOTA 1</b>	<p><b>Diagnóstico</b></p> <p>Las pruebas que confirman el diagnóstico deben adjuntarse a esta solicitud.</p> <p>Las pruebas médicas deben incluir una historia clínica exhaustiva y los resultados de todos los exámenes pertinentes, investigaciones del laboratorio y análisis por imágenes, de acuerdo con la política de la CONMEBOL con respecto a las AUT.</p> <p>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 del caso. En el caso de que la condición no pueda probarse, la opinión médica de fuentes independientes redundará en beneficio de esta solicitud.</p>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN RECEPCIONADAS

Enviar el formulario completo a la Unidad Antidopaje de la CONMEBOL por correo electrónico a:  
**unidad.antidopaje@conmebol.com**

El tratamiento no podrá administrarse hasta que la Subcomisión de AUT haya aprobado la solicitud de AUT.

**CONFIDENCIAL**