

DECLARACIÓN DE USO

Este formulario sirve para glucocorticoesteroides administrados por vías no sistémicas:
intraarticular, periarticular, peritendinosa, epidural, intradérmica, inhalación*

(Se necesita solicitud de AUT para administración por vía oral, intravenosa, intramuscular o rectal)

1. DATOS DEL JUGADOR

Apellidos:	_____		
Nombre:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Asociación miembro:	_____		

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Diagnóstico:	_____		
Sustancia:	_____		
Dosis:	_____	Vía de administración:	_____
Fecha de administración:	_____		

* la inhalación de glucocorticoesteroides debe declararse en la solicitud de agonistas beta-2 en caso de asma.

3. DETALLES DE CONTACTO DEL MÉDICO

Apellidos:	_____	Nombre:	_____
Especialidad médica:	_____		
Dirección:	_____		
Tel.:	_____	Correo electrónico:	_____

Firma del jugador: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____