

## EXENCIÓN POR USO TERAPÉUTICO (AUT)

**SÍRVASE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES.**  
**POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS O ILEGIBLES.**

### 1. INFORMACIÓN SOBRE EL JUGADOR

APELLIDOS: _____		NOMBRES: _____	
MUJER <input type="checkbox"/>	HOMBRE <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA/MES/AÑO) _____	
ADDRESS: _____			
CITY: _____		COUNTRY: _____	
TEL: _____		E-MAIL: _____	
NACIONALIDAD: _____			
¿EN QUÉ COMPETICIÓN DE LA FIFA PARTICIPA? _____			
NOMBRE DEL CLUB O ASOCIACIÓN NACIONAL DE FÚTBOL: _____			

#### Enviar la respuesta:

Por fax: \_\_\_\_\_  
(Sírvase incluir los prefijos del país y la región)

Por e-mail: \_\_\_\_\_

Por correo: Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



For the Game. For the World.

## 2. INFORMACIÓN MÉDICA

DIAGNÓSTICO CON SUFICIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (VÉASE 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 prohibida:

---

---

---

## 3. DETALLES MÉDICOS

SUSTANCIA(S) PROHIBIDA(S) – NOMBRE GENÉRICO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA CON LA QUE DEBE ADMINISTRARSE
1.			
2.			
3.			

<b>Duración prevista del tratamiento:</b> <i>(Sírvese marcar la casilla correspondiente)</i>	una sola vez <input type="checkbox"/> emergencia <input type="checkbox"/> fecha de emergencia _____ duración (semanas/meses) _____
---	--

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

---

---

---

---

**ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**

¿Ha sometido alguna solicitud de AUT anteriormente:      Sí       NO

¿Para qué sustancia? \_\_\_\_\_

¿Ante qué institución? \_\_\_\_\_

Decisión:    Aprobada       Rechazada

#### 4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Certifico que el tratamiento médico antes descrito es apropiado y que el uso de medicamentos alternativos que no se encuentran en la lista de sustancias prohibidas sería insatisfactorio para el cuadro patológico en cuestión.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDAD MÉDICA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**TEL:** \_\_\_\_\_      **EMAIL:** \_\_\_\_\_

**MÓVIL:** \_\_\_\_\_      **FAX:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_      **FECHA:** \_\_\_\_\_

#### 5. DECLARACIÓN DEL JUGADOR

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que la información suministrada en el punto 1 es exacta y solicito la aprobación para el uso de una sustancia o método de la lista de sustancias prohibidas de la AMA. Autorizo la entrega de información médica personal a la Unidad Antidopaje FIFA y los órganos competentes de la FIFA, la AMA, la Comisión de exención por uso terapéutico y otras organizaciones antidopaje bajo las disposiciones del Código Mundial Antidopaje. Entiendo que si alguna vez deseo revocar el derecho de estas organizaciones a obtener información sobre mi salud en mi nombre, debo notificar por escrito a mi médico y a la FIFA.

**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

<b>NOTA 1</b>	<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Las pruebas que confirman el diagnóstico deben adjuntarse a esta solicitud. Las pruebas médicas deben incluir una historia clínica completa y los resultados de todos los exámenes pertinentes, exámenes de laboratorio y análisis de imágenes.</p> <p>Las pruebas deben 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 SE DEVOLVERÁN Y TENDRÁN QUE ENVIARSE DE NUEVO**

**SÍRVASE ENVIAR POR TELEFAX EL FORMULARIO CUMPLIMENTADO A LA FIFA AL:**

**+41 43 222 75 03**

**EL TRATAMIENTO NO PUEDE ADMINISTRARSE ANTES DE QUE LA FIFA HAYA APROBADO LA SOLICITUD DE AUT!**