

El presente formulario puede ser diligenciado directamente en el computador, imprima, firme y envíe.

**1. INFORMACIÓN DEL ATLETA**

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Femenino: Masculino: Fecha de Nacimiento d/m/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: (506) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

(Con código internacional)

E-mail: \_\_\_\_\_ Cédula o Pasaporte: \_\_\_\_\_

Deporte: Disciplina/posición: \_\_\_\_\_

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

Equipo/Club: \_\_\_\_\_

Si el atleta tiene alguna discapacidad, por favor indique: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE CERTIFICA**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Médica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

Certifico que el tratamiento mencionado es medicamento apropiado y que el uso de una medicina alternativa que no se encuentra en la Lista Prohibida, sería insuficiente para esta condición.

Firma del médico Actuante: \_\_\_\_\_

Fecha diligenciamiento del formato d/m/a: \_\_\_\_\_

**3. DETALLE DE LOS MEDICAMENTOS**

Sustancia(s) prohibida(s) nombre genérico Dosis Vía Administración Frecuencia Duración Programada del tratamiento (Ver opciones\*) 1. 2. 3. \* Duración Programada del tratamiento: Sólo una vez, Urgencia, Semanas, Meses o Años. Ha solicitado usted anteriormente una Autorización de Uso Terapéutico: SI: NO:

1. Para que sustancia? \_\_\_\_\_ Ante quien: \_\_\_\_\_

Fecha d/m/a: \_\_\_\_\_ Decisión: Aprobada: No Aprobada:

**ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**

