



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO
Formulario de Solicitud Abreviado
($\beta 2$ agonistas por inhalación y glucocorticoides por vía no sistémica)



Solicitud N°:

Solicito aprobación por parte de la Unión de Rugby de Buenos Aires para el uso terapéutico de una sustancia prohibida del Listado de Sustancias Prohibidas y Métodos Prohibidos de la WADA que está conforme al proceso de Excepción de Uso Terapéutico Abreviado.

Por favor, complete todas las secciones

1. Información del Deportista

Nombre y Apellido		
Direccion		
Ciudad		Código Postal
e-mail:	DNI	Fecha de Nacimiento:
Tel. Laboral:	Tel. Particular:	Tel. Celular:
Club		

2. Médico Notificante

Nombre:		
Matrícula:	Especialidad Médica (ver nota 1):	
Direccion:		
Tel. Laboral:		Tel. Celular:
e-mail:		

3. Detalles de medicación (ver nota 3)

Diagnóstico:



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO
Formulario de Solicitud Abreviado
(β2 agonistas por inhalación y glucocorticoides por vía no sistémica)



Solicitud N°:

Exámenes Médicos y test realizados:

Sustancia(s) Prohibida(s)	Dosis	Vía de administración	Frecuencia de administracion

Información Adicional

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Declaración del Médico y del Deportista

Yo,
certifico que la/s anteriormente mencionada/s sustancia/s son o fueron administradas al

Sr.
con el fin de tratar su afección médica. Asimismo certifico que el uso de medicaciones alternativas no incluidas
.....

Firma del Médico	
------------------	--

Yo,
certifico que la información de la sección 1 es correcta y que estoy solicitando la
aprobación del uso de una Sustancia o Método Prohibido de la Lista de WADA. Autorizo el
manejo prudente de mi información médica por parte de la URBA a fin de consultar mi



EXCEPCIÓN DE USO TERAPÉUTICO
Formulario de Solicitud Abreviado
($\beta 2$ agonistas por inhalación y glucocorticoides por vía no sistémica)



Solicitud N°:

pedido en un Comité para EUT. Entiendo que si no deseara que el comité obtenga mi información médica debo notificar a mi médico por escrito de este hecho.

Firma del deportista
Firma del padre (si el deportista es menor)

DNI

fecha

5. Notas

Nota 1: nombre, matrícula y especialidad médica. Por ejemplo: Dr. José Pérez, Matrícula Nacional Nro 100000, especialista en Endocrinología

Por favor, remitir este formulario debidamente completado a la URBA (J.A. Pacheco de Melo 2120. (1126). Ciudad de Buenos Aires, en un sobre cerrado dirigido al Sr. Secretario, y guardar una copia de toda la documentación.

Los formularios incompletos se devolverán y deberán ser reenviados correctamente confeccionados.

CONFIDENCIAL