



Comité Nacional Antidopaje – Mex NADO

Formulario de solicitud de Autorización de uso terapéutico (AUT)

Therapeutic Use Exemption (TUE) Application Form

Por favor complete todas las secciones en letra mayúscula o a máquina. El Deportista debe completar las secciones 1, 2, 3 y 7; el médico debe completar las secciones 4, 5 y 6. Las solicitudes ilegibles o incompletas se devolverán y se deberán presentar nuevamente en forma legible y completa.

Please complete all sections in capital letters or typing. Athlete to complete sections 1, 2, 3 and 7; Physician to complete sections 4, 5 and 6. Illegible or incomplete applications will be returned and will need to be re-submitted in legible and complete form.

1. Información sobre el Deportista Athlete Information

Apellido: _____ Last Name	Nombre(s): _____ First Name(s)	
Mujer: <input type="checkbox"/> Female	Hombre: <input type="checkbox"/> Male	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Date of birth (dd/mm/yyyy)
Dirección: _____ Address		
Ciudad: _____ City	País: _____ Country	
Código postal: _____		
Teléfono (con código internacional): _____ Telephone (with International code)		
E-mail: _____		
Deporte: _____ Sport	Disciplina: _____ Discipline	

2. Solicitudes anteriores Previous Applications

¿Ha presentado previamente alguna solicitud de AUT ante alguna Organización Antidopaje por la misma condición médica?

Have you submitted any previous TUE application to any Anti-Doping Organization for the same condition?

Sí
Yes

No
No

¿Para qué sustancia(s) o método(s)? _____
For which substance(s) or method(s)?

¿Ante cuál Organización? _____ ¿Cuándo? _____
To whom? When?

Decisión: Aprobada
Decision: Approved

No aprobada
Not approved

3. Solicitudes retroactivas Retroactive Applications

¿Es esta una solicitud retroactiva?

Is this a retroactive application?

Sí
Yes

No
No

Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué fecha comenzó el tratamiento? _____
If yes, on what date was the treatment started?

¿Se aplica alguna de las siguientes excepciones? (artículo 4.1 del EIAUT, Estándar Internacional de Autorización de Uso Terapéutico):

Do any of the following exceptions apply? (Article 4.1 of the ISTUE)

- 4.1 (a)** - Se trató de una emergencia o necesitó tratamiento urgente por una condición médica.
You required emergency or urgent treatment of a medical condition.
- 4.1 (b)** - No hubo tiempo suficiente u oportunidad, o circunstancias excepcionales le impidieron enviar la solicitud de AUT o hacer que esta se evaluara antes de la recolección de muestras.
There was insufficient time, opportunity or other exceptional circumstances that prevented you from submitting the TUE application, or having it evaluated, before getting tested.
- 4.1 (c)** - No se le permitió o no se le exigió que solicitara por adelantado una AUT según las normas antidopaje de **El Comité Nacional Antidopaje, Mex NADO**
You were not permitted or required to apply in advance for a TUE as per Mex NADO anti-doping rules.

- 4.1 (d)** - Es un Deportista de nivel inferior que no está bajo la jurisdicción de una Federación Internacional o el Comité Nacional Antidopaje - MexNADO y le recogieron una muestra.

You are a lower-level athlete who is not under the jurisdiction of an International Federation or MexNADO and were tested.

- 4.1 (e)** - Dio positivo después de usar una sustancia fuera de competición que solo estaba prohibida en competición, por ejemplo, S9 - glucocorticoides (consulte la [Lista de prohibiciones](#)).

You tested positive after using a substance Out-of-Competition that was only prohibited In-Competition, e.g., S9 - glucocorticoids (See [Prohibited List](#)).

Por favor explique (Adjunte documentos probatorios: Notas médicas, estudios de imagen, laboratorios, etc).
Please explain (Attach supporting documents: medical records, imaging studies, labs, etc.)

- Otras solicitudes retroactivas (artículo 4.3 del EIAUT)**

Other Retroactive Applications (Article 4.3 of the ISTUE)

En circunstancias raras y excepcionales, sin perjuicio de cualquier otra disposición del EIAUT, un Deportista puede solicitar y obtener una aprobación retroactiva para su AUT si, considerando el propósito del Código, sería visiblemente injusto que dicha aprobación retroactiva no fuera otorgada.

In rare and exceptional circumstances notwithstanding any other provision in the ISTUE, an Athlete may apply for and be granted retroactive approval for their TUE if, considering the purpose of the Code, it would be manifestly unfair not to grant a retroactive TUE.

Para presentar una solicitud en virtud del artículo 4.3, incluya una explicación completa y adjunte toda la documentación adicional necesaria.

In order to apply under Article 4.3, please include a full reasoning and attach all necessary supporting documentation.

Secciones 4, 5 y 6 a completar por el médico.
Physician to complete sections 4, 5 and 6.

4. Información médica (adjunte la documentación médica pertinente)
Medical Information (please attach relevant medical documentation)

Diagnóstico (si es posible, utilice la última Clasificación internacional de enfermedades (CIE) de la OMS):
 Diagnosis (Please use the latest WHO ICD classification if possible)

5. Detalles de la medicación
Medication Details

Sustancia/método prohibida/o <u>Nombre genérico</u> Prohibited Substance(s)/Method(s) <u>Generic name(s)</u>	Posología Dosage	Vía de administración Route of Administration	Frecuencia Frequency	Duración del tratamiento Duration of Treatment
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Se debe adjuntar y enviar junto con esta solicitud los elementos que confirmen el diagnóstico. Las pruebas médicas deben incluir un historial médico completo incluyendo los resultados de todos los exámenes, investigaciones de laboratorio y estudios de imágenes pertinentes. Las copias de los informes o cartas originales deben ser incluidas cuando sea posible. Además, sería útil un breve resumen que incluya el diagnóstico, los hallazgos de los exámenes clínicos, las pruebas médicas y el plan de tratamiento.

Evidence confirming the diagnosis must be attached and forwarded with this application. The medical information must include a comprehensive medical history and the results of all relevant examinations, laboratory investigations and imaging studies. Copies of the original reports or letters should be included when possible. In addition, a short summary that includes the diagnosis, key elements of the clinical exams, medical tests and the treatment plan would be helpful.

Si una medicación permitida puede ser utilizada para el tratamiento de la condición médica, por favor proporcione la justificación para la autorización de uso terapéutico de la medicación prohibida.

If a permitted medication can be used to treat the medical condition, please provide justification for the therapeutic use exemption for the prohibited medication.

La AMA mantiene una serie de listas de verificación de AUT (Checklists) para ayudar a los Deportistas y médicos en la preparación de solicitudes de AUT completas y exhaustivas. Se puede acceder a ellas ingresando el término de búsqueda "Checklist" en el sitio web de la AMA: <https://www.wada-ama.org>.

WADA maintains a series of TUE Checklists to assist athletes and physicians in the preparation of complete and thorough TUE applications. These can be accessed by entering the search term "Checklist" on the WADA website: <https://www.wada-ama.org>.

6. Declaración del médico actuante Medical Practitioner's Declaration

Certifico que la información de las secciones 4 y 5 anteriores es precisa. Reconozco y acepto que mi información personal puede ser utilizada por la(s) Organización(es) Antidopaje (OAD) para contactarme por esta solicitud de AUT para verificar la evaluación profesional relativa al proceso de AUT o por las investigaciones o procedimientos de infracción de las normas antidopaje. Además, reconozco y acepto que mi información personal se cargará en el Sistema de administración y gestión antidopaje (ADAMS, por sus siglas en inglés) para esos fines descritos en el [Aviso de Privacidad de MexNADO](#) y [ADAMS Confidencialidad y Seguridad](#) del sistema ADAMS para más detalles).

I certify that the information in sections 4 and 5 above is accurate. I acknowledge and agree that my personal information may be used by Anti-Doping Organization(s) (ADO) to contact me regarding this TUE application, to verify the professional assessment in connection with the TUE process, or in connection with Anti-Doping Rule Violation investigations or proceedings. I further acknowledge and agree that my personal information will be uploaded to the Anti-Doping Administration and Management System (ADAMS) for these purposes described in MexNADO Privacy and the [ADAMS Privacy and Security](#) for more details).

Nombre: _____
Name

Especialidad médica: _____
Medical specialty

Número de Cédula Profesional: _____
License number

Emitida por: _____
License body

Dirección: _____
Address

Ciudad: _____
City

País: _____
Country

Código postal: _____
Postcode

Teléfono: _____
(con código internacional)
Telephone (with International code)

Fax: _____

E-mail: _____

Firma del médico actuante: _____
Signature of Medical Practitioner

Fecha: (dd/mm/aaaa): _____
Date

7. Declaración del Deportista Athlete's Declaration

Yo, _____, certifico que la información establecida en las secciones 1, 2, 3 y 7 es exacta y completa.

I, _____, certify that the information set out at sections 1, 2, 3 and 7 is accurate and complete.

Autorizo a mi(s) médico(s) a compartir la información y los registros médicos que consideren necesarios para evaluar los méritos de mi solicitud de AUT a los siguientes destinatarios: la(s) Organización(es) Antidopaje (OAD) responsable(s) de tomar la decisión de otorgar, rechazar o reconocer mi AUT; la Agencia Mundial Antidopaje (AMA), que es la responsable de garantizar que las determinaciones tomadas por las OAD respeten el EIAUT; los médicos que son miembros de los Comités de AUT de la AMA y OAD interesadas (CAUT) que puedan necesitar revisar mi solicitud de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje y los Estándares Internacionales; y, si fuera necesario, otros expertos médicos, científicos o legales independientes para evaluar mi solicitud.

I authorize my physician(s) to release the medical information and records that they deem necessary to evaluate the merits of my TUE application to the following recipients: the Anti-Doping Organization(s) (ADO) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize my TUE; the World Anti-Doping Agency (WADA), who is responsible for ensuring determinations made by ADOs respect the ISTUE; the physicians who are members of relevant ADO(s) and WADA TUE Committees (TUECs) who may need to review my application in accordance with the World Anti-Doping Code and International Standards; and, if needed to assess my application, other independent medical, scientific or legal experts.

Además, autorizo a _____ a compartir mi solicitud de AUT completa, incluida la información y los registros médicos de respaldo, a otras OAD y a la AMA por las razones descritas anteriormente, y entiendo que estos destinatarios también pueden necesitar proporcionar mi solicitud completa a los miembros del CAUT y expertos relevantes para su evaluación.

I further authorize [_____] to release my complete TUE application, including supporting medical information and records, to other ADO(s) and WADA for the reasons described above, and I understand that these recipients may also need to provide my complete application to their TUEC members and relevant experts to assess my application.

He leído y comprendido el Aviso de privacidad de AUT (a continuación) que explica cómo se procesará mi información personal en relación con mi solicitud de AUT, y acepto sus términos.

I have read and understood the TUE Privacy Notice explaining how my personal information will be processed in connection with my TUE application, and I accept its terms.

Firma del Deportista: _____
Athlete's signature

Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Date (dd/mm/yyyy)

Firma del padre/Responsable: _____
Parent's/Guardian's signature

Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Date (dd/mm/yyyy)

(Si el Deportista es menor de edad o tiene una discapacidad que le impide firmar este formulario, un padre o responsable deberá firmar en nombre del Deportista)

(If the Athlete is a Minor or has an impairment preventing them from signing this form, a parent or guardian shall sign on behalf of the Athlete)

Envíe el formulario completo y los documentos probatorios a CNA.gerente@conade.gob.mx y/o a comite.antidopaje01@conade.gob.mx (manteniendo una copia para sus registros).

Send the completed form to and supporting documents to CNA.gerente@conade.gob.mx and/or comite.antidopaje01@conade.gob.mx (keeping a copy for your records)



Aviso de privacidad AUT TUE Privacy Notice

Este Aviso describe el procesamiento de la información personal a efectuarse en relación con el envío de un Formulario de solicitud de AUT.

This Notice describes the personal information processing that will occur in connection with submission of a TUE Application

TIPOS DE INFORMACIÓN PERSONAL (IP) TYPES OF PERSONAL INFORMATION (PI)

- La información proporcionada por usted o su(s) médico(s) en el formulario de solicitud de AUT (incluido su nombre, fecha de nacimiento, detalles de contacto, deporte y disciplina, y el diagnóstico, medicación y tratamiento relevantes para su solicitud);
- Información y registros médicos de respaldo proporcionados por usted o su(s) médico(s); y
- Evaluaciones y decisiones sobre su solicitud de AUT por parte de las OAD (incluida la AMA) y sus comités de AUT y otros expertos en AUT, incluidas las comunicaciones con usted y su(s) médico(s), OAD concernidas o personal de apoyo con respecto a su solicitud.
- The information provided by you or your physician(s) on the TUE Application Form (including your name, date of birth, contact details, sport and discipline, the diagnosis, medication, and treatment relevant to your application);
- Supporting medical information and records provided by you or your physician(s); and
- Assessments and decisions on your TUE application by ADOs (including WADA) and their TUE Committees and other TUE experts, including communications with you and your physician(s), relevant ADOs or support personnel regarding your application.

PROPÓSITOS Y USO PURPOSES & USE

Su IP se utilizará para procesar y evaluar los méritos de su solicitud de AUT según el Estándar Internacional para Autorizaciones de Uso Terapéutico. En algunos casos, podría usarse para otros fines de acuerdo con el Código Mundial Antidopaje (Código), los Estándares Internacionales y las reglas antidopaje de las OAD con autoridad para examinarlo. Esto incluye:

- Gestión de resultados, en caso de un resultado adverso o atípico basado en su(s) muestra(s) o en el Pasaporte biológico del Deportista; y
- En raras ocasiones, investigaciones o procedimientos relacionados en el contexto de una presunta infracción de las normas antidopaje (INAD).

Your PI will be used in order to process and evaluate the merits of your TUE application in accordance with the International Standard for Therapeutic Use Exemptions. In some instances, it could be used for other purposes in accordance with the World Anti-Doping Code (Code), the International Standards, and the anti-doping rules of ADOs with authority to test you. This includes:

- Results management, in the event of an adverse or atypical finding based on your sample(s) or the Athlete Biological Passport; and
- In rare cases, investigations, or related procedures in the context of a suspected Anti-Doping Rule Violation (ADRV).

TIPOS DE DESTINATARIOS TYPES OF RECIPIENTS

Su IP, incluida su información y registros médicos o de salud, puede ser compartida con:

- Las OAD responsables de tomar la decisión de otorgar, rechazar o reconocer su AUT, así como sus terceros delegados (si los hubiera). La decisión de otorgar o denegar su solicitud de AUT también se pondrá a disposición de las OAD con autoridad sobre usted para realizar controles y/o gestionar resultados;
- Personal autorizado de la AMA;
- Miembros relevantes de los Comités de AUT (CAUT) de cada OAD y de la AMA; y
- Otros expertos médicos, científicos o legales independientes, si es necesario.

Your PI, including your medical or health information and records, may be shared with the following:

- ADO(s) responsible for making a decision to grant, reject, or recognize your TUE, as well as their delegated third parties (if any). The decision to grant or deny your TUE application will also be made available to ADOs with testing authority and/or results management authority over you;
- WADA authorized staff;
- Members of the TUE Committees (TUECs) of each relevant ADO and WADA; and
- Other independent medical, scientific or legal experts, if needed.

Tenga en cuenta que, debido a la confidencialidad de la información de la AUT, solo recibirá acceso a su solicitud un número limitado de personal de las OAD y de la AMA. Las OAD (incluida la AMA) deben manejar su IP de acuerdo con el Estándar Internacional para la Protección de la Privacidad y la Información Personal (EIPPIP). También puede consultar a MexNADO para el procesamiento de su IP.

Note that due to the sensitivity of TUE information, only a limited number of ADO and WADA staff will receive access to your application. ADOs (including WADA) must handle your PI in accordance with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (ISPPPI). You may also consult MexNADO for the processing of your IP.

MexNADO cargará su IP en el sistema ADAMS para que otras OAD y la AMA puedan acceder a ella de ser necesario para los fines descritos anteriormente. El sistema ADAMS está alojado en Canadá y es operado y administrado por la AMA. Para obtener detalles sobre ADAMS y cómo la AMA procesará su IP, consulte: ADAMS Confidencialidad y Seguridad ([ADAMS Confidencialidad y Seguridad](#)).

Your PI will also be uploaded to ADAMS by MexNADO so that it may be accessed by other ADOs and WADA as necessary for the purposes described above. ADAMS is hosted in Canada and is operated and managed by WADA. For details about ADAMS, and how WADA will process your PI, consult the ADAMS Privacy and Security ([ADAMS Privacy and Security](#)).

TRATAMIENTO JUSTO Y LEGAL FAIR & LAWFUL PROCESSING

Al firmar la Declaración del Deportista, confirma que ha leído y comprendido este Aviso de Privacidad de la AUT. MexNADO y otras partes mencionadas anteriormente también pueden considerar que esta firma corrobora su consentimiento expreso para el procesamiento de IP descrito en este Aviso. Alternativamente, MexNADO y estas otras partes pueden basarse en otros motivos reconocidos en la ley para procesar su IP con los fines descritos en este Aviso, tales como los importantes intereses públicos a los que sirve el antidopaje, la necesidad de cumplir con las obligaciones contractuales que se le deben, de garantizar el cumplimiento de una obligación o un proceso legal obligatorio, o de satisfacer intereses legítimos asociados con sus actividades.

When you sign the Athlete Declaration, you are confirming that you have read and understood this TUE Privacy Notice. MexNADO and other parties mentioned above may also consider that this signature confirms your express consent to the PI processing described in this Notice. Alternatively, MexNADO and these other parties may rely upon other grounds recognized in law to process your PI for the purposes described in this Notice, such as the important public interests served by anti-doping, the need to fulfill contractual obligations owed to you, the need to ensure compliance with a legal obligation or a compulsory legal process, or the need to fulfill legitimate interests associated with their activities.

DERECHOS RIGHTS

Según el EIPPIP, usted tiene derechos con respecto a su IP, incluyendo el derecho a una copia de esta y a que, en determinadas circunstancias, se corrija, bloquee o elimine su IP. En el caso de México tiene derecho a que su IP sea quitada del sistema si lo solicita.

You have rights with respect to your PI under the ISPPPI, including the right to a copy of your PI and to have your PI corrected, blocked or deleted in certain circumstances. In Mexico you have the right to have your IP removed from the system if you request it.

Cuando el procesamiento de su IP está basado en su consentimiento, este puede ser revocado en cualquier momento, incluida la autorización a su médico para divulgar información médica como se describe en la Declaración del Deportista. Para hacerlo, debe notificar su decisión a su OAD y a su(s) médico(s). Si retira su consentimiento u objeta el procesamiento de IP descrito en este Aviso, es probable que su AUT sea rechazada ya que las OAD no podrán evaluarla adecuadamente de acuerdo con el Código y los Estándares Internacionales.

Where the processing of your PI is based on your consent, you can revoke your consent at any time, including the authorization to your physician to release medical information as described in the Athlete Declaration. To do so, you must notify your ADO and your physician(s) of your decision. If you withdraw your consent or object to the PI processing described in this Notice, your TUE will likely be rejected as ADOs will be unable to properly assess it in accordance with the Code and International Standards.

En casos excepcionales, también puede ser necesario que las OAD continúen procesando su IP para cumplir con las obligaciones según el Código y los Estándares Internacionales, a pesar de su objeción a dicho procesamiento o su retiro del consentimiento (cuando corresponda). Esto incluye el procesamiento de investigaciones o procedimientos relacionados con Infracciones a las normas antidopaje (INAD), así como el procesamiento para establecer, ejercitar o defenderse de reclamos legales que lo involucren a usted, a la AMA y/o a la OAD.

In rare cases, it may also be necessary for ADOs to continue to process your PI to fulfill obligations under the Code and the International Standards, despite your objection to such processing or withdrawal of consent (where applicable). This includes processing for investigations or proceedings related to ADRV, as well as processing to establish, exercise or defend against legal claims involving you, WADA and/or an ADO.

SALVAGUARDIA SAFEGUARDS

Toda la información contenida en una solicitud de AUT, incluida la información y los registros médicos de respaldo, y cualquier otra información relacionada con la evaluación de una solicitud de AUT, debe manejarse de acuerdo con los principios de estricta confidencialidad médica. Los médicos que son miembros de un comité de AUT y cualquier otro experto consultado deben estar sujetos a acuerdos de confidencialidad.

All the information contained in a TUE application, including the supporting medical information and records, and any other information related to the evaluation of a TUE request must be handled in accordance with the principles of strict medical confidentiality. Physicians who are members of a TUE Committee and any other experts consulted must be subject to confidentiality agreements.

Bajo el EIPPI, el personal de la OAD también debe firmar acuerdos de confidencialidad, y las OAD deben implementar fuertes medidas de privacidad y seguridad para proteger su información personal. El EIPPI requiere que las OAD apliquen a la información de AUT niveles más altos de seguridad, debido a la sensibilidad de esta información. Puede encontrar información sobre seguridad en ADAMS consultando la respuesta a [¿Cómo se protege su información en ADAMS?](#) en [Preguntas frecuentes sobre privacidad y seguridad de ADAMS](#).

Under the ISPPPI, ADO staff must also sign confidentiality agreements, and ADOs must implement strong privacy and security measures to protect your PI. The ISPPPI requires ADOs to apply higher levels of security to TUE information, because of the sensitivity of this information. You can find information about security in ADAMS by consulting the response to [How is your information protected in ADAMS?](#) in our [ADAMS Privacy and Security FAQs](#).

RETENCIÓN RETENTION

Las OAD (incluida la AMA) conservarán su IP durante los períodos de retención descritos en el Anexo A del EIPPI. Los certificados de AUT o las decisiones de rechazo se conservarán durante 10 años. Los formularios de solicitud de AUT y la información médica complementaria se conservarán durante 12 meses a partir del vencimiento de la AUT. Las solicitudes de AUT incompletas se conservarán durante 12 meses.

Your PI will be retained by ADOs (including WADA) for the retention periods described in Annex A of the ISPPPI. TUE certificates or rejection decisions will be retained for 10 years. TUE application forms and supplementary medical information will be retained for 12 months from the expiry of the TUE. Incomplete TUE applications will be retained for 12 months.

CONTÁCTENOS CONTACT

Consulte al Comité Nacional Antidopaje al cna05@conade.gob.mx con el Gerente de Gestión de Resultados si tiene inquietudes sobre el procesamiento de su IP. Para comunicarse con la AMA, use privacy@wada-ama.org.

You may contact the Chief result Manager of the Comité Nacional Antidopaje de México for questions or concerns about the processing of your PI. To contact WADA, use privacy@wada-ama.org.