



## Declaración médica para Autorizaciones Terapéuticas y Declaraciones de Uso

### Datos del solicitante

Nombre completo :

NIF / NIE :

### Información médica

Diagnóstico con información médica suficiente:

### RELLENAR SÓLO SI SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A CAUT:

Indique la justificación para el uso de una sustancia o método prohibido.

### Información detallada sobre la medicación

Sustancia/s prohibida/s Nombre genérico	Dosis	Vía	Frecuencia



## Declaración médica para Autorizaciones Terapéuticas y Declaraciones de Uso

### RELLENAR SÓLO SI DECLARACIÓN DE USO:

Fecha de inicio del tratamiento:

### RELLENAR SÓLO SI SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A CAUT:

Tratamiento de emergencia/enfermedad grave:

Dosis única. Fecha de administración :

Más de una dosis. Fecha de inicio :

Duración prevista :

Otros tratamientos:

Duración prevista del tratamiento :

### Declaración

Certifico que el tratamiento arriba mencionado es médicamente correcto, y que el uso de una medicación alternativa no incluida en la lista de sustancias prohibidas tendría resultados insatisfactorios para esta enfermedad.

Nombre completo :

Especialidad médica :

Número colegiado :

Dirección :

Teléfono:  Fax:

Correo electrónico:

Fecha

Firma del  
Médico:

### Cláusula de protección de datos

Los datos personales recogidos en el presente formulario, serán tratados conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Su finalidad es la tramitación de su solicitud y sus datos no serán cedidos ni usados para otro fin.

El responsable de este fichero es el Consejo Superior de Deportes, ante el cual podrá ejercitar, debidamente acreditado, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, dirigiendo su petición a C/Martín Fierro s/n 28040 de Madrid o al correo electrónico arco@csd.gob.es.