



**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