



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL

Dopaje

1. INFORMACION DEL ATLETA / ATHLETE INFORMATION

Nombres/
Given Name

Apellidos/
Family Name

Tipo de Documento /
Document Type

Número de Identificación/
Document Number

Fecha
de Nacimiento /
Date of Birth:

País /Country
Liga

Deporte/Sport

2. NOTIFICACIÓN/ NOTIFICATION

Tipo de test /
Type of Test. Orina/
Urine Sangre/
Blood

Fecha/
Date:

Ciudad/
City:

Evento / Event:

Por la presente certifico que he sido notificado para presentarme a la estación de control al dopaje.
Por tanto consiento en proporcionar las muestras que sean requeridas. (Entiendo que el no asistir o rehusarme a este procedimiento constituye una violación grave a las normas anti-dopaje)
I herewith certify that I have been notified to appear before the doping control station. I, therefore, consent in providing the samples which are requested. (I understand that not attending the doping control station or refusing to provide samples constitutes a serious violation to the antidoping regulations)

Hora de Notificación /
Notification Time:

(24h)

Firma del Atleta / Signature of the Athlete

TOMA DE MUESTRAS / SAMPLE TAKING

Federación/
Federation

Disciplina/
Discipline

Fecha Test/
Date of Test:

Genero/
Gender: M F

ORINA /
URINE: A/B

CÓDIGO MUESTRA DE ORINA /
URINE SAMPLE CODE NUMBER

Densidad/
Specific Gravity:

Hora de llegada
a la estación /
Arrival Time at
Doping Control Station:

VOL : (ml) PH:

Hora /
Time:

Fuera de competencia /
Out of Competition: En Competencia /
In Competition:

(MUESTRA ADICIONAL) / (ADDITIONAL SAMPLE)

N/A A/B

CÓDIGO MUESTRA ADICIONAL / ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER

Hora /
Time:

VOL : (ml) PH:

DENSIDAD /
SPECIFIC GRAVITY:

MUESTRA PARCIAL PARTIAL SAMPLE	NÚMERO MUESTRA PARCIAL/ PARTIAL SAMPLE NUMBER	VOL : (ml)	HORA SELLAMIENTO/ TIME SEALED	INCLUIR DE ATLETA Y OFICIAL DE CONTROL DOPAJE ATHLETE / DCO INITIALS
N/A <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARACIÓN TRANSFUSIÓN DE SANGRE : ENUMERE CUALQUIER TRANSFUSIÓN DE SANGRE RECIBIDA DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES. / DECLARATION OF BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST 6 MONTHS

N/A

DECLARACIÓN DE MEDICAMENTOS / COMPLEMENTOS: ENUMERE CUALQUIER MEDICAMENTO O COMPLEMENTO PRESCRITO O NO PRESCRITO INCLUYENDO VITAMINAS Y MINERALES INGERIDOS O SUMINISTRADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (INCLUYA LA DOSIS SI ES POSIBLE) / DECLARATION OF MEDICATIONS/SUPPLEMENTS: LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, INCLUDING VITAMINS AND MINERALS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE)

FORMATO DE INFORME SUPLEMENTARIO /
SUPPLEMENTARY REPORT FORM

N/A NÚMERO/ NUMBER

4. CONFIRMACION DEL PROCEDIMIENTO/ CONFIRMATION OF PROCEDURE

COMENTARIOS: CUALQUIER COMENTARIO DEBE ANOTARSE AQUÍ SI NECESITA MÁS ESPACIO CONTINÚE EN UN FORMATO DE INFORME SUPLEMENTARIO / COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE, IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

FORMATO DE INFORME SUPLEMENTARIO /
SUPPLEMENTARY REPORT FORM

N/A NÚMERO/ NUMBER

CERTIFICO QUE LA RECOLECCIÓN SE REALIZÓ DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS RELEVANTES / CERTIFY THAT COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES

TESTIGO MUESTRA ORINA / URINE SAMPLE WITNESS

NOMBRE / NAME

FIRMA / SIGNATURE

2ND SAMPLE

TESTIGO MUESTRA ORINA / URINE SAMPLE WITNESS

NOMBRE / NAME

FIRMA / SIGNATURE

REPRESENTANTE DEL ATLETA / ATHLETE REPRESENTATIVE

N/A NOMBRE / NAME

FIRMA / SIGNATURE

OFICIAL DE CONTROL DE DOPAJE / DOPING CONTROL OFFICER

NOMBRE / NAME

FIRMA / SIGNATURE

FECHA /
DATE

DD MM AA / YY

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AQUÍ ES CORRECTA. DECLARO QUE, SUJETO A LOS COMENTARIOS HECHOS EN LA SECCIÓN 4, LA RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA SE REALIZÓ DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS RELEVANTES A LA RECOLECCIÓN DE TOMA DE MUESTRAS. ACEPTO QUE TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL CONTROL DE DOPAJE, INCLUIDO, MÁS NO LIMITADO A LOS RESULTADOS DE LABORATORIO Y POSIBLES SANCIONES, SERÁ COMPARTIDA CON LOS ENTES CORRESPONDIENTES DE ACUERDO CON EL CÓDIGO MUNDIAL CONTRA EL DOPAJE. / I DECLARED THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT. I DECLARE THAT, SUBJECT TO COMMENTS MADE IN SECTION 4, SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES FOR SAMPLE COLLECTION. I ACCEPT THAT ALL INFORMATION RELATED TO DOPING CONTROL, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO LABORATORY RESULTS AND POSSIBLE SANCTIONS, SHALL BE SHARED WITH RELEVANT BODIES IN ACCORDANCE WITH THE WORLD ANTI-DOPING CODE.



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL

Dopaje

1. INFORMACION DEL ATLETA / ATHLETE INFORMATION

Nombres/
Given Name

Apellidos/
Family Name

Tipo de Documento /
Document Type

Número de Identificación/
Document Number

Fecha
de Nacimiento /
Date of Birth:

DD MM AA

Pais /Country
Liga

Deporte/Sport

2. NOTIFICACIÓN/ NOTIFICATION

Tipo de test /
Type of Test.

Orina/
Urine Sangre/
Blood

Fecha/
Date:

DD MM AA / YY

Ciudad/
City:

Evento / Event:

Por la presente certifico que he sido notificado para presentarme a la estación de control al dopaje.
Por tanto consiento en proporcionar las muestras que sean requeridas. (Entiendo que el no asistir o rehusarme a este procedimiento constituye una violación grave a las normas anti-dopaje)
I herewith certify that I have been notified to appear before the doping control station. I, therefore, consent in providing the samples which are requested. (I understand that not attendance or refusal on my part to this procedure constitutes a serious violation to the antidoping regulations)

Hora de Notificación /
Notification Time:

(24h)

Firma del Atleta / Signature of the Athlete

TOMA DE MUESTRAS / SAMPLE TAKING

Federación/
Federation

Disciplina/
Discipline

Fecha Test/
Date of Test:

DD MM AA/YY

Genero/
Gender:

M F

ORINA /
URINE: A/B

CÓDIGO MUESTRA DE ORINA /
URINE SAMPLE CODE NUMBER

Densidad/
Specific Gravity:

1 0

Hora de llegada
a la estación /
Arrival Time at
Doping Control Station :

VOL : (ml) PH:

Hora /
Time:

Fuera de competencia /
Out of Competition:

En Competencia /
In Competition:

(MUESTRA ADICIONAL) / (ADDITIONAL SAMPLE)

N/A A/B

CÓDIGO MUESTRA ADICIONAL / ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER

VOL : (ml) PH:

DENSIDAD /
SPECIFIC GRAVITY:

DECLARACIÓN TRANSFUSIÓN DE SANGRE : ENUMERE CUALQUIER TRANSFUSIÓN DE SANGRE RECIBIDA DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES . / DECLARATION OF BLOOD TRANSFUSIONS : LIST ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST 6 MONTHS

N/A

DECLARACIÓN DE MEDICAMENTOS / COMPLEMENTOS : ENUMERE CUALQUIER MEDICAMENTO O COMPLEMENTO PRESCRITO O NO PRESCRITO INCLUYENDO VITAMINAS Y MINERALES INGERIDOS O SUMINISTRADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (INCLUYA LA DOSIS SI ES POSIBLE)
DECLARATION OF MEDICATION/SUPPLEMENTS : LIST ANY PRESCRIPTION/NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, INCLUDING VITAMINS AND MINERALS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE)

FORMATO DE INFORME SUPLEMENTARIO /
SUPPLEMENTARY REPORT FORM

N/A NÚMERO / NUMBER

4. CONFIRMACION DEL PROCEDIMIENTO/ CONFIRMATION OF PROCEDURE