

### III. OTRAS DISPOSICIONES

#### MINISTERIO DE CULTURA Y DEPORTE

**12239** *Resolución de 12 de julio de 2021, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se modifican los Anexos I y II de la Resolución de 29 de septiembre de 2020, por la que se aprueban los formularios para los controles de dopaje.*

Con fecha de 9 de octubre de 2020 se publicó en el «Boletín Oficial del Estado» (BOE núm. 267) la Resolución de 29 de septiembre de 2020, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueban los formularios para los controles de dopaje que se acompañaba de VIII Anexos.

Se ha detectado en el Anexo I «Formulario de Control de Dopaje» el error consistente en la omisión en el reverso del formulario (Datos Relacionados con el Control de Dopaje) de una disposición mediante la cual el deportista da su consentimiento para relacionarse con la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte, en cualquier procedimiento, a través de medios electrónicos de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 14 y 43 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Asimismo, se ha detectado en el Anexo II «Formulario de Cadena de Custodia» el error consistente en la omisión dentro del apartado 1 de incluir los subapartados necesarios para que puedan firmar todos los agentes de control de dopaje tal y como establece el artículo 103 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, por el que se regulan los procesos de control de dopaje y los laboratorios de análisis autorizados, y por el que se establecen medidas complementarias de prevención del dopaje y de protección de la salud en el deporte.

En virtud de lo anterior, resuelvo modificar los Anexos I y II de la Resolución de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes de 29 de septiembre de 2020, que se sustituyen por los que se adjuntan a esta Resolución.

Madrid, 12 de julio de 2021.–El Presidente del Consejo Superior de Deportes, José Manuel Franco Pardo.

## ANEXO I


**FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE**  
**DOPING CONTROL FORM**

 AUTORIDAD DE CONTROL  
 TESTING AUTHORITY  
 AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA  
 SAMPLE COLLECTION AUTHORITY  
 AUTORIDAD DE GESTION RESULTADOS  
 RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY

## 1. NOTIFICACION AL DEPORTISTA. ATHLETE NOTIFICATION

APELLIDOS FAMILY NAME	NOMBRE GIVEN NAME	FECHA NACIMIENTO BIRTH DATE	DD MM AAAA DD MM YYYY
NACIONALIDAD NATIONALITY	TIPO DOCUMENTO DOCUMENT TYPE	NUMERO NUMBER	
TIPO DE MUESTRA SAMPLE TYPE	Fecha Date	HORA TIME	DD MM AAAA DD MM YYYY
NOMBRE ACD o ESCOLTA DCO or CHAPERONE NAME	Reconozco que he recibido y leído esta notificación, incluyendo el texto de derechos y responsabilidades del deportista, y consiento en proporcionar la muestra(s) según solicitado (entendiendo que la falla o negación puede ser una violación de las reglas anti dopaje). Hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete rights and responsibilities and I consent to provide sample(s) as requested (I understand that failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation).		
FIRMA ACD o ESCOLTA DCO or CHAPERONE SIGN.	FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE		

## 2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

DIRECCIÓN ADDRESS	CALLE / NUMERO STREET / NUMBER	CIUDAD CITY	CODIGO POSTAL ZIP CODE	PROVINCIA STATE	NOMBRE DOCTOR/ DOCTOR'S NAME
HORA LLEGADA AREA CONTROL ARRIVAL TIME AT CONTROL STATION	TELEFONO DE CONTACTO/TELEPHONE NUMBER			CORREO ELECTRONICO / EMAIL ADDRESS	NOMBRE ENTRENADOR/COACH'S NAME

## 3. INFORMACION PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPETICION IN COMPETITION	FUERA COMPETICION OUTCOMPETITION	FECHA TOMA DE MUESTRA SAMPLE COLLECTION DATE	DD MM AAAA DD MM YYYY	GENERO GENDER	H M M F	CODIGO DE LA MISION / MISSION CODE	
DEPORTE SPORT	DISCIPLINA DISCIPLINE						
MUESTRA PARCIAL PARTIAL SAMPLE	Código / Number	Vol (ml)	Hora / Time	Iniciales deportista/ ACD Athlete / DCO initials	Código / Number	Vol (ml)	
Tipo muestra SampleType	Hora sellado Time sealed	Código de muestra / Sample code number	Densidad / Specific gravity	Testigo de toma de muestra de orina Urine sample collection witness	Firma del testigo Witness signature		
O U S B O U S B O U S B O U S B	A/B A/B A/B A/B		1.0 1.0 1.0 1.0				
DECLARACION DE USO DE MEDICACION Y/O TRANSFUSIONES SANGUINEAS: INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO O SUPLEMENTO PRESCRITO O NO PRESCRITO, POR EJEMPLO BETA-2 AGONISTAS O GLUCOCORTICOIDES, EMPLEADOS EN LOS ULTIMOS 7 DIAS (INCLUYA LA DOSIS Y FECHA DE LA ULTIMA ADMINISTRACION) Y (EN CASO DE HABERSE RECOGIDO SANGRE) CUALQUIER TRANSFUSION RECIBIDA EN LOS ULTIMOS 3 MESES. DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOIDES, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND (IF A BLOOD SAMPLE IS COLLECTED) ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS.						Código de muestra/Sample code	
CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGAR. CONSENT FOR RESEARCH Consiento en que mi muestra sea empleada en investigación de un modo anónimo (ver reverso)/I consent for my sample to be used in anonymous research (see overleaf)						¿HAY INFORME COMPLEMENTARIO? SUPPLEMENTARY REPORT FORM?	
						Yo acepto I accept	Yo rechazo I refuse

## 4. ACEPTACION DEL PROCESO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF SAMPLE COLLECTION PROCEDURE

COMENTARIOS: CUALQUIER COMENTARIO DEBE SER INDICADO AQUÍ. DE SER NECESARIO AÑADIR MAS. UTILICE UN FORMULARIO COMPLEMENTARIO COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE, IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM			Código de muestra/Sample code
REPRESENTANTE DEL DEPORTISTA. ATHLETE REPRESENTATIVE			¿HAY INFORME COMPLEMENTARIO? SUPPLEMENTARY REPORT FORM?
Nombre y apellidos. Family and given name	Cargo. Position	Firma. Signature	DD MM AAAA DD MM YYYY
ACD DCO	Nombre y apellidos. Family and given name	Firma. Signature	FECHA FIN DEL CONTROL COMPLETION DATE
ACD DCO	Nombre y apellidos. Family and given name	Firma. Signature	HORA FIN DEL CONTROL TIME OF COMPLETION
Información sobre protección de datos. Confirmando que he leído y entiendo la información facilitada en el dorso de este documento relativa a la protección de mis datos personales. Leído y entendido. Read Declaro que la información que proporcioné en este documento es correcta. Declaro que según los comentarios hechos en la sección 4, la toma de muestra se realizó de acuerdo con los procedimientos en vigor para la recolección de muestras. Acepto que toda la información relacionada con el control de dopaje, incluidos, entre otros, los resultados de laboratorio y las posibles sanciones, se compartirá con los organismos pertinentes de conformidad con el código mundial antidopaje. He leído y entiendo el texto al dorso, y consiento en el procesamiento de mis datos personales mediante ADAMS. I declare 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 the 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. I have read and understood the text overleaf, and I consent to the processing of my personal data through ADAMS.			
FIRMA DEL DEPORTISTA/ATHLETE'S SIGNATURE			

**CONSENTIMIENTO DEL DEPORTISTA**  
**Datos relacionados con el control del dopaje**

Al firmar este formulario, acepto las Reglas Antidopaje de mi Organización Antidopaje y del Código Mundial Antidopaje (el "Código"), periódicamente actualizado y cumplir con ellas. Entiendo que al firmar este formulario, consento que mis datos relacionados con el control de dopaje se puedan utilizar en programas antidopaje para la detección, disuasión y prevención del dopaje en la actividad deportiva. Firmar este formulario indicará que he sido informado y que doy mi consentimiento expreso para dicho procesamiento. Entiendo y acepto que:

- Mis datos relacionados con el control de dopaje, incluidos mi nombre, información de contacto, nacionalidad deportiva, fecha de nacimiento, sexo, uso voluntario de medicamentos o suplementos, y la información derivada de mi muestra se utilizarán en el contexto de los programas antidopaje. Para obtener más detalles sobre cómo se utilizarán mis datos relacionados con el control de dopaje, soy consciente que puedo consultar en el sitio web de la AMA, mi Federación Internacional y/o la Agencia Nacional Antidopaje. En el caso de que no pueda localizar dicha información como se describió anteriormente, soy consciente de que puedo solicitarlo a mi Federación Internacional, mi Organización Nacional Antidopaje o a la AMA.
- Mis datos relacionados con el control de dopaje serán recopilados por la autoridad de control identificada en este formulario, que será el principal responsable de garantizar la protección de mis datos y que debe cumplir con el Estándar Internacional para la protección de la privacidad y la información personal (International Standard), con el Reglamento (UE) 2016/679 Del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, así como con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales;
- La Autoridad de Pruebas utilizará el sistema de administración de datos ADAMS para procesar y administrar mis datos relacionados con el Control de Dopaje, y los compartirá con organizaciones autorizadas (por ejemplo, organizaciones nacionales antidopaje, federaciones internacionales, organizaciones de eventos importantes y AMA). Los laboratorios acreditados por la AMA también utilizarán ADAMS para procesar los resultados de mis muestras, pero solo tendrán acceso a datos codificados que no revelan mi identidad;
- Las personas o partes que reciben mi información pueden estar ubicadas fuera del país donde resido, incluso en Suiza y Canadá, y países en los que entreno o participo en eventos deportivos. En otros países, las leyes de privacidad y protección de datos pueden no ser equivalentes a las de mi propio país;
- La Autoridad de Control y la AMA retendrán mis datos relacionados con el Control de Dopaje de acuerdo con la normativa aplicable mencionada anteriormente;
- De conformidad con la normativa referenciada, tengo derechos en relación con mis datos personales relacionados con el Control de Dopaje, incluidos los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y a que no sean objeto de decisiones automatizadas. El tratamiento y ejercicio de estos derechos se realiza cumpliendo con la legalidad vigente y cualquier tratamiento ilegal que se realice de los datos personales se documentará por escrito dando lugar a las oportunas responsabilidades por parte del infractor. Asimismo, tengo derecho a presentar una queja o reclamación ante el responsable del tratamiento de mis datos y ante la Autoridad de Control de mi país;
- Para cualquier cuestión relacionada con el tratamiento de mis datos personales relacionados con el Control de Dopaje puedo enviar escrito solicitando información al responsable del tratamiento en la dirección de correo [aepsad@aepsad.gob.es](mailto:aepsad@aepsad.gob.es), o bien en la del delegado de protección de datos [dpd@aepsad.gob.es](mailto:dpd@aepsad.gob.es), y/o WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)), según corresponda; y

**DESCARGO**

De acuerdo con la normativa vigente, me comprometo a no interponer a la AMA, así como a las Organizaciones Antidopaje y los laboratorios acreditados por la AMA de cualesquiera reclamaciones, demandas por responsabilidades, daños, costes y gastos que pudieran surgir en relación con el tratamiento de mis datos relacionados con el control de dopaje a través de ADAMS.

**RETIRADA DE CONSENTIMIENTO**

Entiendo que mi participación en eventos deportivos organizados es voluntaria a los efectos previstos en el Código y en las reglas antidopaje a los que estoy sujeto, en los que se establece el tratamiento de mis datos relacionados con el Control de Dopaje descrito en este formulario y en el Aviso de información del deportista mencionado anteriormente.

Entiendo que si me opongo al tratamiento de mis datos relacionados con el Control de Dopaje o retiro mi consentimiento, aun puede ser necesario que mi Federación Internacional, Agencia Nacional Antidopaje y/o AMA continúen tratando (incluida la retención) parte de mis datos relacionados con el control de dopaje para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas del Código o las leyes nacionales antidopaje que invalidan mi consentimiento. Puedo obtener más información sobre tales leyes de mi Federación Internacional o Agencia Nacional Antidopaje en el sitio web.

Entiendo que evitar el tratamiento, incluida la divulgación, de mis datos relacionados con el control de dopaje podría evitar el cumplimiento del Código y de las Normas Internacionales de la AMA relevantes, lo que puede resultar en una violación de las reglas Anti-Doping o evitar que participe en eventos deportivos.

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Al firmar este formulario, declaro que estoy familiarizado y acepto cumplir con las Reglas, normativa y con el Código de mi Organización Antidopaje, y que doy mi consentimiento expreso para el tratamiento de mis datos relacionados con el Control de Dopaje como se establece a lo largo de esta información y en el Aviso de información del atleta.

**CONSENTIMIENTO DEL ATLETA PARA INVESTIGACIÓN**

Al elegir "Acepto" junto a la línea de Consentimiento para investigación en la Sección 3 de este formulario, entiendo que estoy expresamente consintiendo que mi muestra se use para fines de investigación antidopaje, para ayudar a combatir el dopaje en el deporte.

Según lo anterior, cuando se hayan completado todos los análisis, mi muestra podrá ser utilizada por cualquier laboratorio acreditado por la AMA para la investigación antidopaje de cualquier tipo, siempre que la misma ya no pueda identificarse como mía. Entiendo y reconozco que mi consentimiento es opcional y que si no proporciono una respuesta, se considerará que me he negado a dar mi consentimiento.

**COMUNICACION ELECTRONICA**

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 39/2015 consento que todas mis comunicaciones con la AEPSAD, en cualquier procedimiento, se lleven a cabo a través de medios electrónicos de acuerdo con lo que señala el 43 de la citada Ley

**ATHLETE'S CONSENT**  
**Doping Control-related Data**

By signing this form, I agree to adhere to my Anti-Doping Organization's Anti-Doping Rules and the World Anti-Doping Code (the "Code"), as amended from time to time, and to abide by them. I understand that by signing this consent form, I allow my Doping Control-related data to be used in Anti-Doping programs for the detection, deterrence and prevention of doping. Signing this form will indicate that I have been so informed and that I give my express consent to such processing. I understand and agree that:

- My Doping Control-related data, including my name, contact information, sports nationality, birthdate, gender, voluntary medication or supplement use, and information derived from my testing sample will be used in the context of Anti-Doping programs. For further details with respect to how my Doping Control-related data will be used, I am aware that I may consult the Athlete Information Notice, as found on the WADA website, and which may also be provided to me by my International Federation and/or National Anti-Doping Agency. In the event that I am unable to locate the Athlete Information Notice as previously described, I am aware that I may request it from my International Federation, my National Anti-Doping Organization or WADA;
- My Doping Control-related data will be collected by the Testing Authority identified on this form, which shall be principally responsible for ensuring the protection of my data, and which must comply with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (International Standard) and it also must comply with Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation), and with Organic Law 3/2018 of 5 December on the Protection of Personal Data and the Guarantee of Digital Rights;
- The Testing Authority will use the ADAMS data-management system to process and manage my Doping Control-related data, and disclose it to authorized recipients (for instance, designated national Anti-Doping organizations, international federations, major event organizations, and WADA). WADA-accredited laboratories will also use ADAMS to process my laboratory test results, but shall only have access to de-identified, key-coded data that will not disclose my identity;
- Persons or parties receiving my information may be located outside the country where I reside, including in Switzerland and Canada, and countries in which I train or participate in sport events. In some other countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my own country
- The Testing Authority and WADA will retain my Doping Control-related data in accordance with the regulations referenced above;
- Pursuant to the provisions referenced above, I have rights in relation to my Doping Control-related data including rights to access, rectification, restriction, object, portability, erasure, and not to be subject to automated individual decision-making. The processing and exercise of rights is carried out in compliance with current legislation and any illegal processing of personal data will be documented in writing, giving rise to the appropriate responsibilities on the offending party's part, and remedies with respect to any unlawful processing of my data. I also have a right to lodge a complaint or claim with the controller and with National Supervisory Authority responsible for data protection in my country;
- To the extent that I have any concerns about the processing of my Doping Control-related data I may consult with the Testing Authority (the Controller, [aepsad@aepsad.gob.es](mailto:aepsad@aepsad.gob.es)). I can also write to Data Protection Officer; [dpd@aepsad.gob.es](mailto:dpd@aepsad.gob.es)) and/or WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)), as appropriate; and

**RELEASE**

To the fullest extent permitted by applicable laws, I hereby release WADA, as well as Anti-Doping Organizations and WADA-accredited laboratories from all claims, demands, liabilities, damages, costs and expenses that I may have arising in connection with the processing of my Doping Control-related data through ADAMS.

**WITHDRAWAL OF CONSENT**

I understand that my participation in organized sporting events is contingent upon my voluntary participation in Anti-Doping procedures set forth in the Code and the Anti-Doping Rules to which I am subject, in addition to the processing of my Doping Control-related data as described in this form and in the Athlete Information Notice referenced above.

I understand that if I object to the processing of my Doping Control-related data or withdraw my consent, it still may be necessary for my International Federation, National Anti-Doping Agency, and/or WADA to continue to process (including retain) certain parts of my Doping Control-related data to fulfill the obligations and responsibilities arising under the Code or national Anti-Doping laws that override my consent. I can obtain more information on such laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

I understand that avoidance of the processing, including disclosure, of my Doping Control-related data could prevent the compliance with the Code and relevant WADA International Standards, which may result in an Anti-Doping rule violation or prevent me from participating in sporting events.

**AUTHORIZATION AND CONSENT**

By signing this form, I hereby declare that I am familiar with and agree to abide by my Anti-Doping Organization's Rules, applicable regulations and the Code, and that I expressly consent to the processing of my Doping Control-related data as set forth above and in the Athlete Information Notice.

**ATHLETE'S CONSENT FOR RESEARCH**

In order to help combat doping in sport, by choosing "I accept" next to the Consent for Research line in Section 3 of this form, I understand that I am expressly consenting to my sample being used for Anti-Doping research purposes. As a result, when all analyses have been completed, and my sample would otherwise be discarded, it may then be used by any WADA-accredited laboratory for Anti-Doping research of any type, provided that it can no longer be identified as my sample. I understand and acknowledge that my consent is optional, and that if I do not provide a response, I will be deemed to have refused to provide my consent

**ELECTRONIC COMMUNICATION**

In accordance with the provisions of article 14 of Law 39/2015, I consent that all my communications with AEPSAD, in any procedure, be carried out through electronic means in accordance with what is indicated in 43 of the cited Law



## FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL FORM

AUTORIDAD DE CONTROL  
TESTING AUTHORITY

AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA  
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

AUTORIDAD DE GESTIÓN RESULTADOS  
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY

### 1. NOTIFICACION AL DEPORTISTA. ATHLETE NOTIFICATION

APELLIDOS / FAMILY NAME: \_\_\_\_\_ NOMBRE / GIVEN NAME: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO / BIRTH DATE: DD MM AAAA / DD MM YYYY

NACIONALIDAD / NATIONALITY: \_\_\_\_\_ TIPO DOCUMENTO / DOCUMENT TYPE: \_\_\_\_\_ NUMERO / NUMBER: \_\_\_\_\_

TIPO DE MUESTRA / SAMPLE TYPE: orina / urine, sangre / blood. Fecha / Date: DD MM AAAA / DD MM YYYY. HORA / TIME: \_\_\_\_\_

Reconozco que he recibido y leído esta notificación, incluyendo el texto de derechos y responsabilidades del deportista, y consiento en proporcionar la muestra(s) según solicitado (entendiendo que la falla o negación puede ser una violación de las reglas anti dopaje).  
Hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete rights and responsibilities and I consent to provide sample(s) as requested (I understand that failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation).

NOMBRE ACD o ESCOLTA / DCO or CHAPERONE NAME: \_\_\_\_\_  
FIRMA ACD o ESCOLTA / DCO or CHAPERONE SIGN: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

DIRECCIÓN / ADDRESS: CALLE / NUMERO / STREET / NUMBER, CIUDAD / CITY, CODIGO POSTAL / ZIP CODE, PROVINCIA / STATE

HORA LLEGADA AREA CONTROL / ARRIVAL TIME AT CONTROL STATION: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CONTACTO / TELEPHONE NUMBER: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO / EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_ NOMBRE ENTRENADOR / COACH'S NAME: \_\_\_\_\_

### 3. INFORMACION PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPETICION / IN COMPETITION:  FUERA COMPETICION / OUTCOMPETITION:  FECHA TOMA DE MUESTRA / SAMPLE COLLECTION DATE: DD MM AAAA / DD MM YYYY. GENERO / GENDER: H / M, M / F. CODIGO DE LA MISION / MISSION CODE: \_\_\_\_\_

DEPORTE / SPORT: \_\_\_\_\_ DISCIPLINA / DISCIPLINE: \_\_\_\_\_

MUESTRA PARCIAL / PARTIAL SAMPLE: Código / Number, Vol (ml), Hora / Time, Iniciales deportista / ACD / Athlete / DCO initials

Tipo muestra / Sample Type	Vol (ml)	Hora sellado / Time sealed	Código de muestra / Sample code number	Densidad / Specific gravity	Testigo de toma de muestra de orina / Urine sample collection witness	Firma del testigo / Witness signature
O / U, S / B			A/B	1.0		
O / U, S / B			A/B	1.0		
O / U, S / B			A/B	1.0		
O / U, S / B			A/B	1.0		

DECLARACION DE USO DE MEDICACION Y/O TRANSFUSIONES SANGUINEAS: INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO O SUPLEMENTO PRESCRITO O NO PRESCRITO, POR EJEMPLO BETA-2 AGONISTAS O GLUCOCORTICOIDES, EMPLEADOS EN LOS ULTIMOS 7 DIAS (INCLUYA LA DOSIS Y FECHA DE LA ÚLTIMA ADMINISTRACIÓN) Y (EN CASO DE HABERSE RECOGIDO SANGRE) CUALQUIER TRANSFUSION RECIBIDA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.  
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOIDES, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND (IF A BLOOD SAMPLE IS COLLECTED) ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS.

¿HAY INFORME COMPLEMENTARIO? / SUPPLEMENTARY REPORT FORM?  Código de muestra / Sample code: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGAR. CONSENT FOR RESEARCH  
Consiento en que mi muestra sea empleada en investigación de un modo anónimo (ver reverso) / I consent for my sample to be used in anonymous research (see overleaf)  
Yo acepto / I accept  Yo rechazo / I refuse

### 4. ACEPTACION DEL PROCESO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF SAMPLE COLLECTION PROCEDURE

COMENTARIOS: CUALQUIER COMENTARIO DEBE SER INDICADO AQUI. DE SER NECESARIO AÑADIR MAS, UTILICE UN FORMULARIO COMPLEMENTARIO  
COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM

¿HAY INFORME COMPLEMENTARIO? / SUPPLEMENTARY REPORT FORM?  Código de muestra / Sample code: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE DEL DEPORTISTA. ATHLETE REPRESENTATIVE

Nombre y apellidos. Family and given name, Cargo. Position, Firma. Signature

Nombre y apellidos. Family and given name, Firma. Signature

Nombre y apellidos. Family and given name, Firma. Signature

FECHA FIN DEL CONTROL / COMPLETION DATE: DD MM AAAA / DD MM YYYY. HORA FIN DEL CONTROL / TIME OF COMPLETION: \_\_\_\_\_

Información sobre protección de datos. Confirmando que he leído y entiendo la información facilitada en el dorso de este documento relativa a la protección de mis datos personales. Leído y entendido. Read  
Declaro que la información que proporcioné en este documento es correcta. Declaro que según los comentarios hechos en la sección 4, la toma de muestra se realizó de acuerdo con los procedimientos en vigor para la recolección de muestras. Acepto que toda la información relacionada con el control de dopaje, incluidos, entre otros, los resultados de laboratorio y las posibles sanciones, se compartirá con los organismos pertinentes de conformidad con el código mundial antidopaje. He leído y entiendo el texto al dorso, y consiento en el procesamiento de mis datos personales mediante ADAMS.  
I declare 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 the 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. I have read and understood the text overleaf, and I consent to the processing of my personal data through ADAMS.

FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL DEPORTISTA**  
**Datos relacionados con el control del dopaje**

Al firmar este formulario, acepto las Reglas Antidopaje de mi Organización Antidopaje y del Código Mundial Antidopaje (el "Código"), periódicamente actualizado y cumplir con ellas. Entiendo que al firmar este formulario, consento que mis datos relacionados con el control de dopaje se puedan utilizar en programas antidopaje para la detección, disuasión y prevención del dopaje en la actividad deportiva. Firmar este formulario indicará que he sido informado y que doy mi consentimiento expreso para dicho procesamiento. Entiendo y acepto que:

- Mis datos relacionados con el control de dopaje, incluidos mi nombre, información de contacto, nacionalidad deportiva, fecha de nacimiento, sexo, uso voluntario de medicamentos o suplementos, y la información derivada de mi muestra se utilizarán en el contexto de los programas antidopaje. Para obtener más detalles sobre cómo se utilizarán mis datos relacionados con el control de dopaje, soy consciente que puedo consultar en el sitio web de la AMA, mi Federación Internacional y/o la Agencia Nacional Antidopaje. En el caso de que no pueda localizar dicha información como se describió anteriormente, soy consciente de que puedo solicitarlo a mi Federación Internacional, mi Organización Nacional Antidopaje o a la AMA.
- Mis datos relacionados con el control de dopaje serán recopilados por la autoridad de control identificada en este formulario, que será el principal responsable de garantizar la protección de mis datos y que debe cumplir con el Estándar Internacional para la protección de la privacidad y la información personal (Internacional Standard), con el Reglamento (UE) 2016/679 Del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, así como con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales;
- La Autoridad de Pruebas utilizará el sistema de administración de datos ADAMS para procesar y administrar mis datos relacionados con el Control de Dopaje, y los compartirá con organizaciones autorizadas (por ejemplo, organizaciones nacionales antidopaje, federaciones internacionales, organizaciones de eventos importantes y AMA). Los laboratorios acreditados por la AMA también utilizarán ADAMS para procesar los resultados de mis muestras, pero solo tendrán acceso a datos codificados que no revelan mi identidad;
- Las personas o partes que reciben mi información pueden estar ubicadas fuera del país donde resido, incluso en Suiza y Canadá, y países en los que entreno o participo en eventos deportivos. En otros países, las leyes de privacidad y protección de datos pueden no ser equivalentes a las de mi propio país;
- La Autoridad de Control y la AMA retendrán mis datos relacionados con el Control de Dopaje de acuerdo con la normativa aplicable mencionada anteriormente;
- De conformidad con la normativa referenciada, tengo derechos en relación con mis datos personales relacionados con el Control de Dopaje, incluidos los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y a que no sean objeto de decisiones automatizadas. El tratamiento y ejercicio de estos derechos se realiza cumpliendo con la legalidad vigente y cualquier tratamiento ilegal que se realice de los datos personales se documentará por escrito dando lugar a las oportunas responsabilidades por parte del infractor. Asimismo, tengo derecho a presentar una queja o reclamación ante el responsable del tratamiento de mis datos y ante la Autoridad de Control de mi país; y
- Para cualquier cuestión relacionada con el tratamiento de mis datos personales relacionados con el Control de Dopaje puedo enviar escrito solicitando información al responsable del tratamiento en la dirección de correo [aepsad@aepsad.gob.es](mailto:aepsad@aepsad.gob.es), o bien en la del delegado de protección de datos [dpd@aepsad.gob.es](mailto:dpd@aepsad.gob.es), y/o WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)), según corresponda

**DESCARGO**

De acuerdo con la normativa vigente, me comprometo a no interponer a la AMA, así como a las Organizaciones Antidopaje y los laboratorios acreditados por la AMA de cualesquiera reclamaciones, demandas por responsabilidades, daños, costes y gastos que pudieran surgir en relación con el tratamiento de mis datos relacionados con el control de dopaje a través de ADAMS.

**RETIRADA DE CONSENTIMIENTO**

Entiendo que mi participación en eventos deportivos organizados es voluntaria a los efectos previstos en el Código y en las reglas antidopaje a los que estoy sujeto, en los que se establece el tratamiento de mis datos relacionados con el Control de Dopaje descrito en este formulario y en el Aviso de información del deportista mencionado anteriormente.

Entiendo que si me opongo al tratamiento de mis datos relacionados con el Control de Dopaje o retiro mi consentimiento, aun puede ser necesario que mi Federación Internacional, Agencia Nacional Antidopaje y/o AMA continúen tratando (incluida la retención) parte de mis datos relacionados con el control de dopaje para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas del Código o las leyes nacionales antidopaje que invalidan mi consentimiento. Puedo obtener más información sobre tales leyes de mi Federación Internacional o Agencia Nacional Antidopaje en el sitio web.

Entiendo que evitar el tratamiento, incluida la divulgación, de mis datos relacionados con el control de dopaje podría evitar el cumplimiento del Código y de las Normas Internacionales de la AMA relevantes, lo que puede resultar en una violación de las reglas Anti-Doping o evitar que participe en eventos deportivos

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Al firmar este formulario, declaro que estoy familiarizado y acepto cumplir con las Reglas, normativa y con el Código de mi Organización Antidopaje, y que doy mi consentimiento expreso para el tratamiento de mis datos relacionados con el Control de Dopaje como se establece a lo largo de esta información y en el Aviso de información del atleta.

**CONSENTIMIENTO DEL ATLETA PARA INVESTIGACIÓN**

Al elegir "Acepto" junto a la línea de Consentimiento para investigación en la Sección 3 de este formulario, entiendo que estoy expresamente consintiendo que mi muestra se use para fines de investigación antidopaje, para ayudar a combatir el dopaje en el deporte.

Según lo anterior, cuando se hayan completado todos los análisis, mi muestra podrá ser utilizada por cualquier laboratorio acreditado por la AMA para la investigación antidopaje de cualquier tipo, siempre que la misma ya no pueda identificarse como mía. Entiendo y reconozco que mi consentimiento es opcional y que si no proporciono una respuesta, se considerará que me he negado a dar mi consentimiento.

**COMUNICACION ELECTRONICA**

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 39/2015 consiento que todas mis comunicaciones con la AEPSAD, en cualquier procedimiento, se lleven a cabo a través de medios electrónicos de acuerdo con lo que señala el 43 de la citada Ley

**ATHLETE'S CONSENT****Doping Control-related Data**

By signing this form, I agree to adhere to my Anti-Doping Organization's Anti-Doping Rules and the World Anti-Doping Code (the "Code"), as amended from time to time, and to abide by them. I understand that by signing this consent form, I allow my Doping Control-related data to be used in Anti-Doping programs for the detection, deterrence and prevention of doping. Signing this form will indicate that I have been so informed and that I give my express consent to such processing. I understand and agree that:

- My Doping Control-related data, including my name, contact information, sports nationality, birthdate, gender, voluntary medication or supplement use, and information derived from my testing sample will be used in the context of Anti-Doping programs. For further details with respect to how my Doping Control-related data will be used, I am aware that I may consult the Athlete Information Notice, as found on the WADA website, and which may also be provided to me by my International Federation and/or National Anti-Doping Agency. In the event that I am unable to locate the Athlete Information Notice as previously described, I am aware that I may request it from my International Federation, my National Anti-Doping Organization or WADA;
- My Doping Control-related data will be collected by the Testing Authority identified on this form, which shall be principally responsible for ensuring the protection of my data, and which must comply with the International Standard for the Protection of Privacy and Personal Information (International Standard) and it also must comply with Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation), and with Organic Law 3/2018 of 5 December on the Protection of Personal Data and the Guarantee of Digital Rights;
- The Testing Authority will use the ADAMS data-management system to process and manage my Doping Control-related data, and disclose it to authorized recipients (for instance, designated national Anti-Doping organizations, international federations, major event organizations, and WADA). WADA-accredited laboratories will also use ADAMS to process my laboratory test results, but shall only have access to de-identified, key-coded data that will not disclose my identity;
- Persons or parties receiving my information may be located outside the country where I reside, including in Switzerland and Canada, and countries in which I train or participate in sport events. In some other countries data protection and privacy laws may not be equivalent to those in my own country
- The Testing Authority and WADA will retain my Doping Control-related data in accordance with the regulations referenced above;
- Pursuant to the provisions referenced above, I have rights in relation to my Doping Control-related data including rights to access, rectification, restriction, object, portability, erasure, and not to be subject to automated individual decision-making. The processing and exercise of rights is carried out in compliance with current legislation and any illegal processing of personal data will be documented in writing, giving rise to the appropriate responsibilities on the offending party's part, and remedies with respect to any unlawful processing of my data. I also have a right to lodge a complaint or claim with the controller and with National Supervisory Authority responsible for data protection in my country; and
- To the extent that I have any concerns about the processing of my Doping Control-related data I may consult with the Testing Authority (the Controller, [aepsad@aepsad.gob.es](mailto:aepsad@aepsad.gob.es)). I can also write to Data Protection Officer; [dpd@aepsad.gob.es](mailto:dpd@aepsad.gob.es) and/or WADA ([privacy@wada-ama.org](mailto:privacy@wada-ama.org)), as appropriate.

**RELEASE**

To the fullest extent permitted by applicable laws, I hereby release WADA, as well as Anti-Doping Organizations and WADA-accredited laboratories from all claims, demands, liabilities, damages, costs and expenses that I may have arising in connection with the processing of my Doping Control-related data through ADAMS.

**WITHDRAWAL OF CONSENT**

I understand that my participation in organized sporting events is contingent upon my voluntary participation in Anti-Doping procedures set forth in the Code and the Anti-Doping Rules to which I am subject, in addition to the processing of my Doping Control-related data as described in this form and in the Athlete Information Notice referenced above.

I understand that if I object to the processing of my Doping Control-related data or withdraw my consent, it still may be necessary for my International Federation, National Anti-Doping Agency, and/or WADA to continue to process (including retain) certain parts of my Doping Control-related data to fulfil the obligations and responsibilities arising under the Code or national Anti-Doping laws that override my consent. I can obtain more information on such laws from my International Federation or National Anti-Doping Agency.

I understand that avoidance the processing, including disclosure, of my Doping Control-related data could prevent the compliance with the Code and relevant WADA International Standards, which may result in an Anti-Doping rule violation or prevent me from participating in sporting events.

**AUTHORIZATION AND CONSENT**

By signing this form, I hereby declare that I am familiar with and agree to abide by my Anti-Doping Organization's Rules, applicable regulations and the Code, and that I expressly consent to the processing of my Doping Control-related data as set forth above and in the Athlete Information Notice.

**ATHLETE'S CONSENT FOR RESEARCH**

In order to help combat doping in sport, by choosing "I accept" next to the Consent for Research line in Section 3 of this form, I understand that I am expressly consenting to my sample being used for Anti-Doping research purposes. As a result, when all analyses have been completed, and my sample would otherwise be discarded, it may then be used by any WADA-accredited laboratory for Anti-Doping research of any type, provided that it can no longer be identified as my sample. I understand and acknowledge that my consent is optional, and that if I do not provide a response, I will be deemed to have refused to provide my consent

**ELECTRONIC COMMUNICATION**

In accordance with the provisions of article 14 of Law 39/2015, I consent that all my communications with AEPSAD, in any procedure, be carried out through electronic means in accordance with what is indicated in 43 of the cited Law



## FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL FORM

AUTORIDAD DE CONTROL TESTING AUTHORITY

AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

AUTORIDAD DE GESTIÓN RESULTADOS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY

### 1. NOTIFICACION AL DEPORTISTA. ATHLETE NOTIFICATION

**APELLIDOS / FAMILY NAME**  **NOMBRE / GIVEN NAME**  **FECHA NACIMIENTO / BIRTH DATE** DD MM AAAA  
 DD MM YYYY

**NACIONALIDAD / NATIONALITY**  **TIPO DOCUMENTO / DOCUMENT TYPE**  **NUMERO / NUMBER**

**TIPO DE MUESTRA / SAMPLE TYPE**  orina  sangre  **Fecha / Date** DD MM AAAA **HORA / TIME**

urina blood DD MM YYYY

**Reconozco que he recibido y leído esta notificación, incluyendo el texto de derechos y responsabilidades del deportista, y consiento en proporcionar la muestra(s) según solicitado (entendiendo que la falla o negación puede ser una violación de las reglas anti dopaje).**  
**Hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete rights and responsibilities and I consent to provide sample(s) as requested (I understand that failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation).**

**NOMBRE ACD o ESCOLTA / DCO or CHAPERONE NAME**   
**FIRMA ACD o ESCOLTA / DCO or CHAPERONE SIGN.**   
**FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE**

### 2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

**CALLE / NUMERO**  **CIUDAD**  **CODIGO POSTAL**  **PROVINCIA**

**DIRECCIÓN / ADDRESS**

**HORA LLEGADA AREA CONTROL / ARRIVAL TIME AT CONTROL STATION**

**STREET / NUMBER**  **CITY**  **ZIP CODE**  **STATE**

**TELEFONO DE CONTACTO / TELEPHONE NUMBER**  **CORREO ELECTRONICO / EMAIL ADDRESS**  **NOMBRE ENTRENADOR / COACH'S NAME**

### 3. INFORMACION PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

**EN COMPETICION / IN COMPETITION**  **FUERA COMPETICION / OUTCOMPETITION**  **FECHA TOMA DE MUESTRA / SAMPLE COLLECTION DATE** DD MM AAAA **GENERO / GENDER** H M  
 DD MM YYYY M F

**DEPORTE / SPORT**  **DISCIPLINA / DISCIPLINE**

**MUESTRA PARCIAL / PARTIAL SAMPLE**

Código / Number Vol (ml) Hora / Time Athlete / DCO initials

Tipo muestra / Sample Type	Vol (ml)	Hora sellado / Time sealed	Código de muestra / Sample code number	Densidad / Specific gravity	Testigo de toma de muestra de orina / Urine sample collection witness	Firma del testigo / Witness signature
O U S B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	1.0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O U S B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	1.0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O U S B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	1.0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O U S B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	1.0 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DECLARACION DE USO DE MEDICACION Y/O TRANSFUSIONES SANGUINEAS: INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO O SUPLEMENTO PRESCRITO O NO PRESCRITO. POR EJEMPLO BETA-2 AGONISTAS O GLUCOCORTICOIDES, EMPLEADOS EN LOS ULTIMOS 7 DIAS (INCLUYA LA DOSIS Y FECHA DE LA ÚLTIMA ADMINISTRACIÓN) Y (EN CASO DE HABERSE RECOGIDO SANGRE) CUALQUIER TRANSFUSION RECIBIDA EN LOS ULTIMOS 3 MESES.**  
**DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOIDES, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND (IF A BLOOD SAMPLE IS COLLECTED) ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS.**

**¿HAY INFORME COMPLEMENTARIO? / SUPPLEMENTARY REPORT FORM?**  **Código de muestra / Sample code**

**CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGAR. CONSENT FOR RESEARCH**  
 Consiento en que mi muestra sea empleada en investigación de un modo anónimo (ver reverso) / I consent for my sample to be used in anonymous research (see overleaf)

Yo acepto / I accept  Yo rechazo / I refuse

### 4. ACEPTACION DEL PROCESO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF SAMPLE COLLECTION PROCEDURE

**COMENTARIOS: CUALQUIER COMENTARIO DEBE SER INDICADO AQUI. DE SER NECESARIO AÑADIR MAS, UTILICE UN FORMULARIO COMPLEMENTARIO**  
**COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM**

**¿HAY INFORME COMPLEMENTARIO? / SUPPLEMENTARY REPORT FORM?**  **Código de muestra / Sample code**

**REPRESENTANTE DEL DEPORTISTA. ATHLETE REPRESENTATIVE**

**Nombre y apellidos. Family and given name**  **Cargo. Position**  **Firma. Signature**

ACD  DCO

**Nombre y apellidos. Family and given name**  **Firma. Signature**

ACD  DCO

**Nombre y apellidos. Family and given name**  **Firma. Signature**

**FECHA FIN DEL CONTROL / COMPLETION DATE** DD MM AAAA  
 DD MM YYYY

**HORA FIN DEL CONTROL / TIME OF COMPLETION**

**Información sobre protección de datos. Confirme que he leído y entiendo la información facilitada en el dorso de este documento relativa a la protección de mis datos personales. Leído y entendido. Read**  
**Declaro que la información que proporcioné en este documento es correcta. Declaro que según los comentarios hechos en la sección 4, la toma de muestra se realizó de acuerdo con los procedimientos en vigor para la recolección de muestras. Acepto que toda la información relacionada con el control de dopaje, incluidos, entre otros, los resultados de laboratorio y las posibles sanciones, se compartirá con los organismos pertinentes de conformidad con el código mundial antidopaje. He leído y entiendo el texto al dorso, y consiento en el procesamiento de mis datos personales mediante ADAMS.**  
**I declare 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 the 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. I have read and understood the text overleaf, and I consent to the processing of my personal data through ADAMS.**

**FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE**



## FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL FORM

AUTORIDAD DE CONTROL TESTING AUTHORITY	<input type="text"/>
AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	<input type="text"/>
AUTORIDAD DE GESTIÓN RESULTADOS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY	<input type="text"/>

### 1. NOTIFICACION AL DEPORTISTA. ATHLETE NOTIFICATION

### 2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

### 3. INFORMACION PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPETICION IN COMPETITION	<input type="checkbox"/>	FUERA COMPETICION OUTCOMPETITION	<input type="checkbox"/>	FECHA TOMA DE MUESTRA SAMPLE COLLECTION DATE	DD	MM	AAAA	GENERO GENDER	H	M	<input type="text"/>
				DD	MM	YYYY	M	F	CODIGO DE LA MISION / MISSION CODE		
DEPORTE SPORT	<input type="text"/>			DISCIPLINA DISCIPLINE	<input type="text"/>						

Tipo muestra SampleType	Vol (ml)	Hora sellado Time sealed	Código de muestra / Sample code number	Densidad / Specific gravity
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARACION DE USO DE MEDICACION Y/O TRANSFUSIONES SANGUINEAS: INDIQUE CUALQUIER MEDICAMENTO O SUPLEMENTO PRESCRITO O NO PRESCRITO, POR EJEMPLO BETA-2-AGONISTAS O GLUCOCORTICOIDES, EMPLEADOS EN LOS ULTIMOS 7 DIAS (INCLUYA LA DOSIS Y FECHA DE LA ULTIMA ADMINISTRACION) Y (EN CASO DE HABERSE RECOGIDO SANGRE) CUALQUIER TRANSFUSION RECIBIDA EN LOS ULTIMOS 3 MESES.  
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON- PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOIDES, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE AND DATE LAST TAKEN WHERE POSSIBLE) AND (IF A BLOOD SAMPLE IS COLLECTED) ANY BLOOD TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST THREE MONTHS.

Código de muestra/Sample code

¿HAY INFORME COMPLEMENTARIO?  
SUPPLEMENTARY REPORT FORM?

CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGAR. CONSENT FOR RESEARCH  
Consiento en que mi muestra sea empleada en investigación de un modo anonimo (ver reverso)/I consent for my sample to be used in anonymous research (see overleaf)

Yo acepto / I accept  Yo rechazo / I refuse

### 4. ACEPTACION DEL PROCESO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF SAMPLE COLLECTION PROCEDURE

FECHA FIN DEL CONTROL COMPLETION DATE	DD	MM	AAAA
	DD	MM	YYYY
HORA FIN DEL CONTROL TIME OF COMPLETION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## FORMULARIO DE NOTIFICACION NOTIFICATION FORM

AUTORIDAD DE CONTROL TESTING AUTHORITY	<input type="text"/>
AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	<input type="text"/>
AUTORIDAD DE GESTION RESULTADOS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY	<input type="text"/>

### 1. NOTIFICACION AL DEPORTISTA. ATHLETE NOTIFICATION

APELLIDOS FAMILY NAME	<input type="text"/>	NOMBRE GIVEN NAME	<input type="text"/>	FECHA NACIMIENTO BIRTH DATE	DD	MM	AAAA			
				DD		MM	YYYY			
NACIONALIDAD NATIONALITY	<input type="text"/>	TIPO DOCUMENTO DOCUMENT TYPE	<input type="text"/>	NUMERO NUMBER	<input type="text"/>					
TIPO DE MUESTRA SAMPLE TYPE	<input type="checkbox"/> orina urine	<input type="checkbox"/> sangre blood	Fecha Date	DD	MM	AAAA	HORA TIME	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
				DD	MM	YYYY				
NOMBRE ACD o ESCOLTA DCO or CHAPERONE NAME	<input type="text"/>									
FIRMA ACD o ESCOLTA DCO or CHAPERONE SIGN.	<input type="text"/>									
Reconozco que he recibido y leído esta notificación, incluyendo el texto de derechos y responsabilidades del deportista, y consiento en proporcionar la muestra(s) según solicitado (entendiendo que la falla o negación puede ser una violación de las reglas anti dopaje). Hereby acknowledge that I have received and read this notice, including the athlete rights and responsibilities and I consent to provide sample(s) as requested (I understand that failure or refusal to provide a sample may constitute an anti-doping rule violation).										
FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE										

### 2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

### 3. INFORMACION PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

### 4. ACEPTACION DEL PROCESO DE TOMA DE MUESTRA / CONFIRMATION OF SAMPLE COLLECTION PROCEDURE

## Derechos y responsabilidades de los deportistas

### Derechos del deportista, tiene derecho a:

- \* A que le acompañe un representante y, si está disponible y es necesario, un intérprete.
- \* Solicitar información adicional sobre el proceso de toma de muestras.
- \* Solicitar un aplazamiento para acudir al área de control de dopaje
- \* En caso de discapacidad solicitar modificaciones al procedimiento de toma de muestras.

### Responsabilidades del deportista, tiene la responsabilidad de:

- \* Permanecer bajo la observación directa del Agente de Control de Dopaje o del escolta en todo momento desde el momento que es notificado hasta la finalización del procedimiento de recogida de la muestra.
- \* Identificarse de un modo adecuado.
- \* Cumplir con el procedimiento de toma de muestras: no hacerlo puede constituir una violación de las normas antidopaje.
- \* Presentarse de inmediato para la toma de muestras, a menos que haya razones válidas para un retraso

## Athlete Rights and Responsibilities

### Athlete Rights – you have the right to:

- \* Have a representative and if available, an interpreter.
- \* Ask for additional information about the Sample collection process.
- \* Request a delay in reporting to the Doping Control Station.
- \* If you are an athlete with an impairment, request modifications to the Sample collection procedure.

### Athlete Responsibilities – you have the responsibility to:

- \* Remain within direct observation of the DCO/Chaperone at all times from the point initial contact is made by the DCO/Chaperone until the completion of the Sample collection procedure.
- \* Produce appropriate identification.
- \* Comply with Sample collection procedures – failure to do so may constitute an Anti- Doping Rule Violation.
- \* Report immediately for Sample collection, unless there are valid reasons. for a delay

## ANEXO II


**FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA**  
**CHAIN OF CUSTODY FORM**

 AUTORIDAD DEL CONTROL  
 TESTING AUTHORITY  
 AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA  
 SAMPLE COLLECTION AUTHORITY  
 AUTORIDAD DE GESTIÓN RESULTADOS  
 RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA MISIÓN. DESCRIPTION OF THE MISSION

AGENTES DE CONTROL DE DOPAJE / DOPING CONTROL OFFICERS		NÚMERO DE MUESTRAS NUMBER OF SAMPLES	ORINA	SANGRE
			URINE	BLOOD
DIRECCIÓN TEST LOCATION	CIUDAD/CITY	PROVINCIA / REGION	AUTONOMÍA / STATE	
CODIGO DE MISIÓN / MISSION CODE	FECHA DATE	DD	MM	AAAA
				YYYY
		CODIGO DEL LECTOR DE TEMPERATURA TEMPERATURE DATA LOGGER CODE		

## 2. CODIGOS DE MUESTRAS E INFORMACION PARA EL ANALISIS . SAMPLE CODE NUMBERS AND ANALYTICAL INFORMATION

Códigos de muestra/Sample numbers				Análisis específicos/specific analysis				Códigos de muestra/Sample numbers				Análisis específicos/specific analysis			
A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS	A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS
A/B								A/B							
A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS	A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS
A/B								A/B							
A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS	A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS
A/B								A/B							
A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS	A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS
A/B								A/B							
A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS	A/B				ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS
A/B								A/B							

## OTROS ANALISIS DE LABORATORIO / OTHER LABORATORY ANALYSIS

- |   |  |
|---|--|
| 1. GC/C/IRMS                                    | 5. BIOMARCADORES DE HORMONA DEL CRECIMIENTO      |
| 2. INSULINAS/INSULINES                          | 6. TRANSFUSIONES SANGUINEAS / BLOOD TRANSFUSIONS |
| 3. ANALOGOS DE IGF-1 / IGF-1 ANALOGUES          | 7. HBOC/HBOC                                     |
| 4. ALMACENAMIENTO PROLONGADO /LONG TERM STORAGE | 8. OTROS / OTHERS                                |

## 3. CADENA DE CUSTODIA, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO. CHAIN OF CUSTODY, TRANSPORTATION AND STORAGE

MIEMBRO DEL EQUIPO TOMA DE MUESTRA QUE CIERRA GIVEN AND FAMILY NAME	FIRMA SIGNATURE	NÚMERO DE SELLO (SI APLICA) SEAL CODE (IF APPLICABLE)				
FECHA DATE	HORA TIME	DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE				
<b>REGISTRO DE MOVIMIENTOS ADICIONALES. RECORD OF ADDITIONAL MOVEMENTS</b>						
NOMBRE Y APELLIDOS / GIVEN AND FAMILY NAMES	FIRMA / SIGNATURE	CARGO/POSITION	DIA/DAY	MES/MONTH	AÑO/YEAR	HORA /TIME
DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE						
NOMBRE Y APELLIDOS / GIVEN AND FAMILY NAMES	FIRMA / SIGNATURE	CARGO/POSITION	DIA/DAY	MES/MONTH	AÑO/YEAR	HORA /TIME
DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE						

## 4. PERSONAL DE TOMA DE MUESTRA QUE ENTREGA EN EL LABORATORIO O MENSAJERIA. SAMPLE COLLECTION MEMBER THAT TRANSFER LABORATORY OR COURIER

NOMBRE PERSONA QUE ENTREGA NAME OF THE PERSON THAT DELIVER	FIRMA SIGNATURE	FECHA DATE	HORA TIME
<b>EN CASO DE ENTREGA PERSONAL EN EL LABORATORIO/IF TRANSFERRED TO LABORATORY</b>			
LABORATORIO/LABORATORY	PERSONAL DEL LABORATORIO/LABORATORY PERSONEL	CARGO EN EL LABORATORIO / LABORATORY POSITION	FIRMA/SIGNATURE
<b>EN CASO DE ENTREGA A MENSAJERIA / IF TRANSFERRED TO COURIER</b>			
NOMBRE DE LA COMPAÑIA / COMPANY NAME	CODIGO DE ALBARAN / WAYBILL NUMBER	LUGAR/LOCATION	
NOMBRE DEL MENSAJERO /COURIER NAME	FIRMA/SIGNATURE		

 COPIA VERDE. AUTORIDAD DE CONTROL  
 GREEN COPY. TESTING AUTHORITY

PNT-DCD-03-F-04 V2 2020


**FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA**  
**CHAIN OF CUSTODY FORM**

 AUTORIDAD DEL CONTROL  
 TESTING AUTHORITY
 

 AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA  
 SAMPLE COLLECTION AUTHORITY
 

 AUTORIDAD DE GESTION RESULTADOS  
 RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY
 
**1. DESCRIPCIÓN DE LA MISIÓN. DESCRIPTION OF THE MISSION**

 AGENTES DE CONTROL DE DOPAJE / DOPING CONTROL OFFICERS
 


	ORINA	SANGRE
NÚMERO DE MUESTRAS NUMBER OF SAMPLES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	URINE	BLOOD

DIRECCIÓN TEST LOCATION	CIUDAD/CITY	PROVINCIA / REGION	AUTONOMÍA / STATE
----------------------------	-------------	--------------------	-------------------

CÓDIGO DE MISIÓN / MISSION CODE	FECHA DATE	DD	MM	AAAA	CÓDIGO DEL LECTOR DE TEMPERATURA TEMPERATURE DATA LOGGER CODE
		DD	MM	YYYY	

**2. CÓDIGOS DE MUESTRAS E INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS . SAMPLE CODE NUMBERS AND ANALYTICAL INFORMATION**

Códigos de muestra/Sample numbers	Análisis específicos/specific analysis	Códigos de muestra/Sample numbers	Análisis específicos/specific analysis
A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS	A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS
A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS	A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS
A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS	A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS
A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS	A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS
A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS	A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS
A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS	A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS
A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS	A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS
A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS	A/B	ESAs GH GHRF OTROS/OTHERS

**OTROS ANÁLISIS DE LABORATORIO / OTHER LABORATORY ANALYSIS**

- |   |  |
|---|--|
| 1. GC/C/IRMS                                    | 5. BIOMARCADORES DE HORMONA DEL CRECIMIENTO      |
| 2. INSULINAS/INSULINES                          | 6. TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS / BLOOD TRANSFUSIONS |
| 3. ANALÓGOS DE IGF-1 / IGF-1 ANALOGUES          | 7. HBOC/HBOC                                     |
| 4. ALMACENAMIENTO PROLONGADO /LONG TERM STORAGE | 8. OTROS / OTHERS                                |

**3. CADENA DE CUSTODIA, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO. CHAIN OF CUSTODY, TRANSPORTATION AND STORAGE**

MIEMBRO DEL EQUIPO TOMA DE MUESTRA QUE CIERRA GIVEN AND FAMILY NAME	FIRMA SIGNATURE	NÚMERO DE SELLO (SI APLICA) SEAL CODE (IF APPLICABLE)
--	--------------------	--

FECHA DATE	HORA TIME	DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE
---------------	--------------	--

REGISTRO DE MOVIMIENTOS ADICIONALES. RECORD OF ADITIONAL MOVEMENTS							
NOMBRE Y APELLIDOS / GIVEN AND FAMILY NAMES	FIRMA / SIGNATURE	CARGO/POSITION	DÍA/DAY	MES/MONTH	AÑO/YEAR	HORA /TIME	
DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE							
DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE							

**4. PERSONAL DE TOMA DE MUESTRA QUE ENTREGA EN EL LABORATORIO O MENSAJERÍA. SAMPLE COLLECTION MEMBER THAT TRANSFER LABORATORY OR COURIER**

NOMBRE PERSONA QUE ENTREGA NAME OF THE PERSON THAT DELIVER	FIRMA SIGNATURE	FECHA DATE	HORA TIME
---	--------------------	---------------	--------------

EN CASO DE ENTREGA PERSONAL EN EL LABORATORIO/IF TRANSFERRED TO LABORATORY			
LABORATORIO/LABORATORY	PERSONAL DEL LABORATORIO/LABORATORY PERSONEL	CARGO EN EL LABORATORIO / LABORATORY POSITION	FIRMA/SIGNATURE

EN CASO DE ENTREGA A MENSAJERÍA / IF TRANSFERRED TO COURIER		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA / COMPANY NAME	CÓDIGO DE ALBARÁN / WAYBILL NUMBER	LUGAR/LOCATION
NOMBRE DEL MENSAJERO /COURIER NAME	FIRMA/SIGNATURE	

 COPIA ROSA. AUTORIDAD DE TOMA DE MUESTRA  
 PINK COPY. SAMPLE COLLECTION

PNT-DCD-03-F-04 V2 2020



## FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA CHAIN OF CUSTODY FORM

AUTORIDAD DEL CONTROL  
TESTING AUTHORITYAUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA  
SAMPLE COLLECTION AUTHORITYAUTORIDAD DE GESTION RESULTADOS  
RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY

### 1. DESCRIPCIÓN DE LA MISIÓN. DESCRIPTION OF THE MISSION

AGENTES DE CONTROL DE DOPAJE / DOPING CONTROL OFFICERS


ORINA URINE	SANGRE BLOOD
NUMERO DE MUESTRAS NUMBER OF SAMPLES	

DIRECCION TEST LOCATION	CIUDAD/CITY	PROVINCIA / REGION	AUTONOMIA / STATE
CODIGO DE MISION / MISSION CODE	FECHA DATE	CODIGO DEL LECTOR DE TEMPERATURA TEMPERATURE DATA LOGGER CODE	

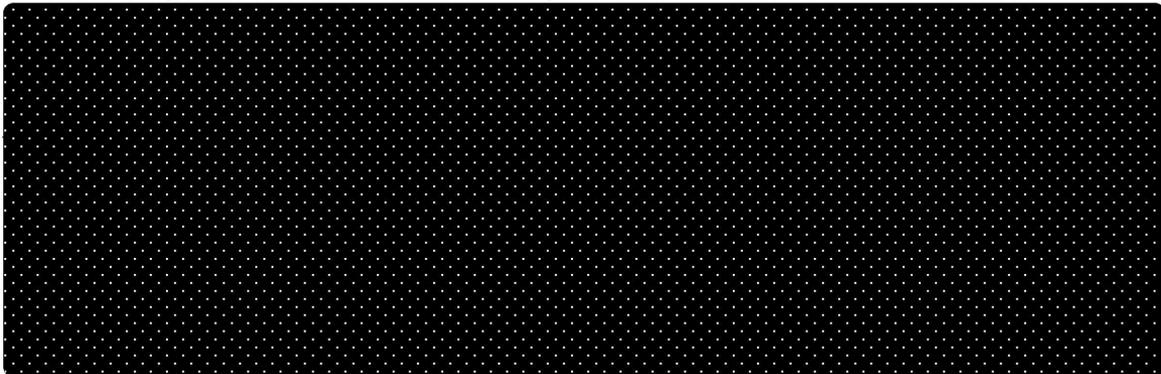
### 2. CODIGOS DE MUESTRAS E INFORMACION PARA EL ANALISIS . SAMPLE CODE NUMBERS AND ANALYTICAL INFORMATION

Códigos de muestra/Sample numbers		Análisis específicos/specific analysis				Códigos de muestra/Sample numbers		Análisis específicos/specific analysis			
A/B		ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS	A/B		ESAs	GH	GHRF	OTROS/OTHERS
A/B						A/B					
A/B						A/B					
A/B						A/B					
A/B						A/B					
A/B						A/B					
A/B						A/B					
A/B						A/B					
A/B						A/B					

### OTROS ANALISIS DE LABORATORIO / OTHER LABORATORY ANALYSIS

- |   |  |
|---|--|
| 1. GC/C/IRMS                                    | 5. BIOMARCADORES DE HORMONA DEL CRECIMIENTO      |
| 2. INSULINAS/INSULINES                          | 6. TRANSFUSIONES SANGUINEAS / BLOOD TRANSFUSIONS |
| 3. ANALOGOS DE IGF-1 / IGF-1 ANALOGUES          | 7. HBOC/HBOC                                     |
| 4. ALMACENAMIENTO PROLONGADO /LONG TERM STORAGE | 8. OTROS / OTHERS                                |

### 3. CADENA DE CUSTODIA, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO. CHAIN OF CUSTODY, TRANSPORTATION AND STORAGE



### 4. PERSONAL DE TOMA DE MUESTRA QUE ENTREGA EN EL LABORATORIO O MENSAJERIA. SAMPLE COLLECTION MEMBER THAT TRANSFER LABORATORY OR COURIER

NOMBRE PERSONA QUE ENTREGA NAME OF THE PERSON THAT DELIVER	FIRMA SIGNATURE	FECHA DATE	HORA TIME
EN CASO DE ENTREGA PERSONAL EN EL LABORATORIO / IF TRANSFERRED TO LABORATORY			
LABORATORIO / LABORATORY	PERSONAL DEL LABORATORIO / LABORATORY PERSONEL	CARGO EN EL LABORATORIO / LABORATORY POSITION	FIRMA / SIGNATURE
EN CASO DE ENTREGA A MENSAJERIA / IF TRANSFERRED TO COURIER			
NOMBRE DE LA COMPAÑIA / COMPANY NAME	CODIGO DE ALBARAN / WAYBILL NUMBER	LUGAR / LOCATION	
NOMBRE DEL MENSAJERO / COURIER NAME	FIRMA / SIGNATURE		

COPIA AZUL. LABORATORIO  
BLUE COPY. LABORATORY

PNT-DCD-03-F-04 V2 2020