

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE CULTURA Y DEPORTE

16553 *Resolución de 3 de julio de 2023, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se modifican los Anexos I a VIII 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 número 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 ocho anexos.

Con fecha 21 de julio de 2021 se publicó en el «Boletín Oficial del Estado» (BOE número 173) la 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.

Las reformas normativas nacionales e internacionales y la mejora de la operatividad en el uso de los Formularios de Control de Dopaje hacen necesaria la modificación de estos, siendo los cambios fundamentales los siguientes:

1. Anexo I. Formulario de Control de Dopaje. Se elimina la necesidad de registrar el número de documento oficial empleado por el deportista para identificarse en la notificación de que ha sido seleccionado para someterse a control de dopaje. Asimismo, se añaden nuevos campos para indicar, respectivamente, el fabricante del kit de toma de muestra de orina/sangre y el fabricante del kit de toma de muestra tipo DBS. Igualmente, se incorpora un campo para seleccionar el tipo de muestra DBS.

2. Anexo II. Formulario de Cadena de Custodia. Se incorpora un apartado para registrar el número de muestras DBS enviadas y se incorpora un campo para el ABP como tipo de análisis habitual.

3. Los Formularios de Control de Dopaje recogen el nuevo logo de la Agencia Estatal Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD).

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, sistematiza toda la regulación relativa al procedimiento administrativo común, y profundiza en la agilización de los procedimientos con un pleno funcionamiento electrónico.

En caso de utilizarse medios electrónicos para la cumplimentación de los formularios, las copias de los Formularios de Control de Dopaje dirigidas al deportista se notificarán en la dirección de correo electrónico facilitado por el mismo en el propio formulario, y de acuerdo con el procedimiento establecido en la citada Ley 39/2015 para las notificaciones a través de medios electrónicos.

Por otro lado, el formato de las aplicaciones informáticas utilizadas para registrar la información relativa a los controles de dopaje puede cambiar, si bien deberá reunir los requisitos exigidos en los anexos I al VI de esta Resolución y poder imprimirse mediante ficheros pdf.

En virtud de lo anterior, resuelvo modificar los anexos I a VIII de las Resoluciones de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes de 29 de septiembre de 2020 y 12 de julio de 2021, que se sustituyen por los que se adjuntan a esta Resolución.

Madrid, 3 de julio de 2023.—El Presidente del Consejo Superior de Deportes, Víctor Francos Díaz.

ANEXO I

Formulario de control de dopaje



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 / LAST NAME: _____ NOMBRE / FIRST NAME: _____
 NACIONALIDAD / NATIONALITY: _____ FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH: DD MM AAAA
 TIPO DE MUESTRA / SAMPLE TYPE: orina / urine sangre / blood DBS
 FECHA / DATE: DD MM AAAA HORA / TIME: DD MM AAAA
 NOMBRE AGENTE o ESCOLTA / OFFICER/CHAPERONE NAME: _____
 FIRMA AGENTE o ESCOLTA / OFFICER/CHAPERONE SIGN: _____
 RECONOZCO QUE HE RECIBIDO Y LEÍDO ESTA NOTIFICACIÓN, INCLUYENDO EL TEXTO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL DEPORTISTA, Y CONZIENTO EN PROPORCIONAR LA MUESTRA(S) SEGUN SOLICITADO (ENTENIENDO QUE LA FALTA O NEGACION PUEDE SER UNA VIOLACION 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

HORA DE LLEGADA AL AREA CONTROL / ARRIVING TIME TO DOPING STATION: _____
 DIRECCION (calle, numero, piso, ciudad, código postal) / ADDRESS (street, number, floor, city, zip code): _____
 TELEFONO / TELEPHONE NUMBER: _____ CORREO ELECTRONICO / EMAIL: _____
 NOMBRE ENTRENADOR/ COACH'S NAME: _____ NOMBRE MEDICO/ DOCTOR'S NAME: _____

3. INFORMACIÓN PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPETICION / IN COMPETITION: FUERA DE COMPETICION / OUT OF COMPETITION: FECHA TOMA DE MUESTRA / SAMPLE COLLECTION DATE: dd/dd mm/mm aaaa/yyyy SEXO / SEX: h/m m/f CODIGO DE MISION/MISSION CODE: _____
 DEPORTE / SPORT: _____ DISCIPLINA / DISCIPLINE: _____ FABRICANTE EQUIPO / KIT MANUFACTURER: _____ FABRICANTE EQUIPO DBS / DBS KIT MANUFACTURER: _____
 MUESTRA PARCIAL / PARTIAL SAMPLE: Código / Number: _____ Vol (ml): _____ Hora / Time: _____ Iniciales deportista/ ACD: _____

	Volumen (ml) Volume	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
orina/urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B	1.0		
sangre/blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B	1.0		
DBS/DBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B	1.0		
orina/urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B	1.0		
sangre/blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B	1.0		
DBS/DBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 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? Sí No
 Código de muestra/Sample code: _____
 CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGAR. CONSENT FOR RESEARCH: 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: SHOULD BE NOTED HERE, IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM
 ¿HAY INFORME COMPLEMENTARIO? / SUPPLEMENTARY REPORT FORM? Sí No
 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
 HORA FIN DEL CONTROL / TIME OF COMPLETION: DD MM AAAA
 Información sobre protección de datos. Confirмо 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 comparará 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, consiento 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 utilizará 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;
- 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 celad@celad.gob.es, o bien en la del delegado de protección de datos dpd@celad.gob.es, y/o WADA (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 Y NOTIFICACION ELECTRÓNICA

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 39/2015 consiento para mis comunicaciones y notificaciones con la CELAD, en cualquier procedimiento, se lleven a cabo a través de medios electrónicos de acuerdo con lo que señala el artículo 45 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, celad@celad.gob.es). I can also write to Data Protection Officer; dpd@celad.gob.es) and/or WADA (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 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 and notifications with CELAD, in any procedure, be carried out through electronic means in accordance with what is indicated in 45 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 GESTION RESULTADOS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY	

1. NOTIFICACION AL DEPORTISTA. ATHLETE NOTIFICATION

APELLIDOS LAST NAME		NOMBRE FIRST NAME	
NACIONALIDAD NATIONALITY	FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH	TIPO DOCUMENTO DOCUMENT TYPE	
TIPO DE MUESTRA SAMPLE TYPE	FECHA DATE	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 AGENTE o ESCOLTA OFFICIER/CHAPERONE NAME		FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE	
FIRMA AGENTE o ESCOLTA OFFICIER/CHAPERONE SIGN			

2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

HORA DE LLEGADA AL AREA CONTROL ARRIVING TIME TO DOPING STATION	DIRECCION (calle, numero, piso, ciudad, código postal) / ADDRESS (street, number, floor, city, zip code)		
TELEFONO / TELEPHONE NUMBER	CORREO ELECTRONICO / EMAIL	NOMBRE ENTRENADOR/ COACH'S NAME	NOMBRE MEDICO/ DOCTOR'S NAME

3. INFORMACIÓN PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPETICION IN COMPETITION	FUERA DE COMPETICION OUT OF COMPETITION	FECHA TOMA DE MUESTRA SAMPLE COLLECTION DATE	SEXO SEX	CODIGO DE MISION/MISSION CODE
DEPORTE SPORT	DISCIPLINA DISCIPLINE	FABRICANTE EQUIPO KIT MANUFACTURER	FABRICANTE EQUIPO DBS DBS KIT MANUFACTURER	
MUESTRA PARCIAL / PARTIAL SAMPLE		Iniciales deportista/ ACD		Iniciales deportista/ ACD
Volumen (ml) Volume	Hora sellado Time sealed	Código de muestra Sample code number	Densidad Specific gravity	Testigo de toma de muestra de orina Urine sample collection witness
orina/urine		A/B	1.0	
sangre/blood		A/B	1.0	
DBS/DBS		A/B	1.0	
orina/urine		A/B	1.0	
sangre/blood		A/B	1.0	
DBS/DBS		A/B	1.0	
orina/urine		A/B	1.0	
sangre/blood		A/B	1.0	
DBS/DBS		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 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

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?
REPRESENTANTE DEL DEPORTISTA. ATHLETE REPRESENTATIVE		Código de muestra/Sample code
Nombre y apellidos. Family and given name	Cargo. Position	Firma. Signature
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
ACD		
DCO		

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 procesado 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, consiento 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 utilizará 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;
- 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 celad@celad.gob.es, o bien en la del delegado de protección de datos dpd@celad.gob.es, y/o WADA (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 Y NOTIFICACION ELECTRÓNICA

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 39/2015 consiento para mis comunicaciones y notificaciones con la CELAD, en cualquier procedimiento, se lleven a cabo a través de medios electrónicos de acuerdo con lo que señala el artículo 45 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, celad@celad.gob.es). I can also write to Data Protection Officer; dpd@celad.gob.es) and/or WADA (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 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 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 and notifications with CELAD, in any procedure, be carried out through electronic means in accordance with what is indicated in 45 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 GESTION RESULTADOS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY	

1. NOTIFICACION AL DEPORTISTA. ATHLETE NOTIFICATION

APELLIDOS LAST NAME				NOMBRE FIRST NAME			
NACIONALIDAD NATIONALITY		FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH	DD	MM	AAAA	TIPO DOCUMENTO DOCUMENT TYPE	
TIPO DE MUESTRA SAMPLE TYPE	<input type="checkbox"/> orina urine <input type="checkbox"/> sangre blood <input type="checkbox"/> DBS	FECHA DATE	DD	MM	AAAA	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).							FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE
NOMBRE AGENTE o ESCOLTA OFFICIER/CHAPERONE NAME				FIRMA AGENTE o ESCOLTA OFFICIER/CHAPERONE SIGN			

2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

HORA DE LLEGADA AL AREA CONTROL ARRIVING TIME TO DOPING STATION				DIRECCION (calle, numero, piso, ciudad, código postal) / ADDRESS (street, number, floor, city, zip code)			
TELEFONO / TELEPHONE NUMBER				CORREO ELECTRONICO / EMAIL			
NOMBRE ENTRENADOR / COACH'S NAME				NOMBRE MEDICO / DOCTOR'S NAME			

3. INFORMACIÓN PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPETICION IN COMPETITION	<input type="checkbox"/>	FUERA DE COMPETICION OUT OF COMPETITION	<input type="checkbox"/>	FECHA TOMA DE MUESTRA SAMPLE COLLECTION DATE	dd	mm	aaaa/yyyy	SEXO SEX	h/m	m/f	CODIGO DE MISION/MISSION CODE	
DEPORTE SPORT			DISCIPLINA DISCIPLINE			FABRICANTE EQUIPO KIT MANUFACTURER			FABRICANTE EQUIPO DBS DBS KIT MANUFACTURER			
MUESTRA PARCIAL / PARTIAL SAMPLE			Iniciales deportista/ ACD			Iniciales deportista/ ACD						
	Código / Number	Vol (ml)	Hora / Time	Athlete / DCO initials		Código / Number	Vol (ml)	Hora / Time	Athlete / DCO initials			
orina/urine	<input type="checkbox"/>	Volumen (ml) Volume	Hora sellado Time sealed	Código de muestra Sample code number	A/B	Densidad Specific gravity	1.0	Testigo de toma de muestra de orina Urine sample collection witness	Firma del testigo Witness signature			
sangre/blood	<input type="checkbox"/>				A/B							
DBS/DBS	<input type="checkbox"/>				A/B							
orina/urine	<input type="checkbox"/>				A/B							
sangre/blood	<input type="checkbox"/>				A/B							
DBS/DBS	<input type="checkbox"/>				A/B							

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 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

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? <input type="checkbox"/>
REPRESENTANTE DEL DEPORTISTA. ATHLETE REPRESENTATIVE	Código de muestra/Sample code
Nombre y apellidos. Family and given name	Cargo. Position
ACD DCO	Firma. Signature
Nombre y apellidos. Family and given name	Firma. Signature
ACD DCO	FECHA FIN DEL CONTROL COMPLETION DATE
Nombre y apellidos. Family and given name	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 procesado 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	
AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	
AUTORIDAD DE GESTION RESULTADOS RESULTS MANAGEMENT AUTHORITY	

1. NOTIFICACION AL DEPORTISTA. ATHLETE NOTIFICATION

2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

3. INFORMACIÓN PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

EN COMPETICION IN COMPETITION	<input type="checkbox"/>	FUERA DE COMPETICION OUT OF COMPETITION	<input type="checkbox"/>	FECHA TOMA DE MUESTRA SAMPLE COLLECTION DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEXO SEX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CODIGO DE MISION/MISSION CODE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DEPORTE SPORT	<input type="text"/>	DISCIPLINA DISCIPLINE	<input type="text"/>	FABRICANTE EQUIPO KIT MANUFACTURER	<input type="text"/>	FABRICANTE EQUIPO DBS DBS KIT MANUFACTURER	<input type="text"/>												

	Volumen (ml) Volume	Hora sellado Time sealed	Código de muestra Sample code number	Densidad Specific gravity
orina/urine <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	1.0 <input type="text"/>
sangre/blood <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DBS/DBS <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
orina/urine <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	1.0 <input type="text"/>
sangre/blood <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DBS/DBS <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
orina/urine <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A/B <input type="text"/>	1.0 <input type="text"/>
sangre/blood <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DBS/DBS <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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 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 investigacion 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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HORA FIN DEL CONTROL TIME OF COMPLETION	DD	MM	YYYY
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



FORMULARIO DE NOTIFICACION NOTIFICATION 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 LAST NAME		NOMBRE FIRST NAME	
NACIONALIDAD NATIONALITY	FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH	DD MM AAAA	TIPO DOCUMENTO DOCUMENT TYPE
TIPO DE MUESTRA SAMPLE TYPE	FECHA DATE	DD MM YYYY	HORA TIME
NOMBRE ACD o ESCOLTA DCO or CHAPERONE NAME		FIRMA DEL DEPORTISTA / ATHLETE'S SIGNATURE	
FIRMA ACD o ESCOLTA DCO or CHAPERONE SIGN.			

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 (entiendo 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).

2. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

[Redacted area]

3. INFORMACION PARA EL ANALISIS. INFORMATION FOR ANALYSIS

[Redacted area]

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

[Redacted area]

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



FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA CHAIN OF CUSTODY FORM

AUTORIDAD DEL 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. DESCRIPCION DE LA MISION. DESCRIPTION OF THE MISSION

AGENTES DE CONTROL DE DOPAJE / DOPING CONTROL OFFICERS		NUMERO DE MUESTRAS / NUMBER OF SAMPLES	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Orina Urine	Sangre Blood
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCION TEST LOCATION	CIUDAD/CITY	PROVINCIA / REGION	AUTONOMIA / STATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODIGO DE MISION / MISSION CODE	FECHA DATE	CODIGO DEL LECTOR DE TEMPERATURA TEMPERATURE DATA LOGGER CODE	<input type="text"/>
<input type="text"/>	DD MM AAAA DD MM YYYY	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS

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 |

MIEMBRO DEL EQUIPO TOMA DE MUESTRA QUE CIERRA GIVEN AND FAMILY NAME	<input type="text"/>	FIRMA SIGNATURE	<input type="text"/>	NÚMERO DE SELLO (SI APLICA) SEAL CODE (IF APPLICABLE)	<input type="text"/>
--	----------------------	--------------------	----------------------	--	----------------------

FECHA DATE	<input type="text"/>	HORA TIME	<input type="text"/>	DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE	<input type="text"/>
---------------	----------------------	--------------	----------------------	--	----------------------

REGISTRO DE MOVIMIENTOS ADICIONALES. RECORD OF ADDITIONAL MOVEMENTS

NOMBRE Y APELLIDOS / GIVEN AND FAMILY NAMES	FIRMA / SIGNATURE	CARGO/POSITION	DIA/DAY	MES/MONTH	AÑO/YEAR	HORA /TIME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE						

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

NOMBRE PERSONA QUE ENTREGA NAME OF THE PERSON THAT DELIVER	<input type="text"/>	FIRMA SIGNATURE	<input type="text"/>	FECHA DATE	<input type="text"/>	HORA TIME	<input type="text"/>
---	----------------------	--------------------	----------------------	---------------	----------------------	--------------	----------------------

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EN CASO DE ENTREGA A MENSAJERIA / IF TRANSFERRED TO COURIER

NOMBRE DE LA COMPAÑIA / COMPANY NAME	CODIGO DE ALBARAN / WAYBILL NUMBER	LUGAR/LOCATION
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DEL MENSAJERO /COURIER NAME	FIRMA/SIGNATURE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	



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		NÚMERO DE MUESTRAS / NUMBER OF SAMPLES	
<input type="text"/>		Orina Urine	Sangre Blood
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		DBS	DBS
DIRECCIÓN TEST LOCATION	CIUDAD/CITY	PROVINCIA / REGION	AUTONOMÍA / STATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODIGO DE MISION / MISSION CODE	FECHA DATE	AAAA	CODIGO DEL LECTOR DE TEMPERATURA TEMPERATURE DATA LOGGER CODE
<input type="text"/>	DD MM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DD MM	YYYY	

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

A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS

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
	<input type="text"/>

MIEMBRO DEL EQUIPO TOMA DE MUESTRA QUE CIERRA GIVEN AND FAMILY NAME	<input type="text"/>	FIRMA SIGNATURE	<input type="text"/>	NÚMERO DE SELLO (SI APLICA) SEAL CODE (IF APPLICABLE)	<input type="text"/>
FECHA DATE	<input type="text"/>	HORA TIME	<input type="text"/>	DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE	<input type="text"/>

REGISTRO DE MOVIMIENTOS ADICIONALES. RECORD OF ADDITIONAL MOVEMENTS

NOMBRE Y APELLIDOS / GIVEN AND FAMILY NAMES	FIRMA / SIGNATURE	CARGO/POSITION	DIA/DAY	MES/MONTH	AÑO/YEAR	HORA /TIME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE	<input type="text"/>					
NOMBRE Y APELLIDOS / GIVEN AND FAMILY NAMES	FIRMA / SIGNATURE	CARGO/POSITION	DIA/DAY	MES/MONTH	AÑO/YEAR	HORA /TIME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DETALLES DE ALMACENAJE DETAILS OF STORAGE	<input type="text"/>					

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	<input type="text"/>	FIRMA SIGNATURE	<input type="text"/>	FECHA DATE	<input type="text"/>	HORA TIME	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>			
EN CASO DE ENTREGA A MENSAJERIA / IF TRANSFERRED TO COURIER							
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA / COMPANY NAME	CODIGO DE ALBARAN / WAYBILL NUMBER	LUGAR/LOCATION	<input type="text"/>				
NOMBRE DEL MENSAJERO /COURIER NAME	FIRMA/SIGNATURE	<input type="text"/>					



FORMULARIO DE CADENA DE CUSTODIA CHAIN OF CUSTODY FORM

AUTORIDAD DEL 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. DESCRIPCIÓN DE LA MISIÓN. DESCRIPTION OF THE MISSION

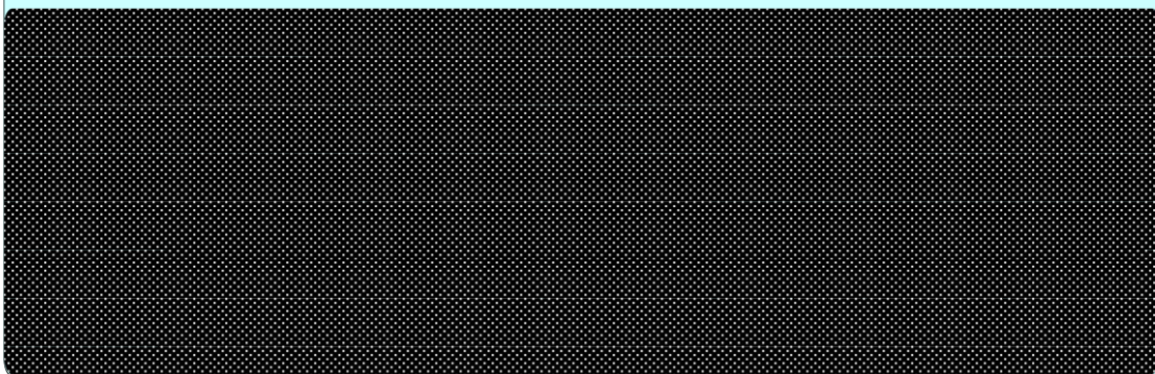
AGENTES DE CONTROL DE DOPAJE / DOPING CONTROL OFFICERS		NUMERO DE MUESTRAS / NUMBER OF SAMPLES	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Orina Urine	Sangre Blood
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	DBS	DBS
DIRECCION TEST LOCATION	CIUDAD/CITY	PROVINCIA / REGION	AUTONOMIA / STATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CODIGO DE MISION / MISSION CODE	FECHA DATE	CODIGO DEL LECTOR DE TEMPERATURA TEMPERATURE DATA LOGGER CODE	<input type="text"/>
<input type="text"/>	DD MM AAAA DD MM YYYY	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS
A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS	A/B	<input type="text"/>	ESAs GH GHRF ABP OTROS/OTHERS

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>



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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EN CASO DE ENTREGA PERSONAL EN EL LABORATORIO / IF TRANSFERRED TO LABORATORY			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DE LA COMPAÑIA / COMPANY NAME	CODIGO DE ALBARAN / WAYBILL NUMBER	LUGAR / LOCATION	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DEL MENSAJERO / COURIER NAME	FIRMA / SIGNATURE	<input type="text"/>	

ANEXO III

Pasaporte biológico del deportista - Formulario complementario

ANEXO III.



PASAPORTE BIOLÓGICO DEL DEPORTISTA - FORMULARIO COMPLEMENTARIO
ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT- SUPPLEMENTARY REPORT FORM

CODIGO MUESTRA/ SAMPLE NUMBER

1. INFORMACION DE LA MISION . MISSION INFORMATION

NOMBRE DE LA COMPETICION (Si aplica) EVENT NAME (if applicable)	<input type="text"/>	TEMPERATURA AMBIENTE APROXIMADA (en grados centigrados) APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (degrees centigrade)	<input type="text"/>
CODIGO DE LA MISION MISSION CODE	<input type="text"/>		

2. INFORMACION DEL PASAPORTE BIOLÓGICO DEL DEPORTISTA . ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION

A ¿HA ESTADO EL DEPORTISTA SENTADO DURANTE DIEZ MINUTOS CON SUS PIES SOBRE EL SUELO ANTES DE LA RECOLECCIÓN DE SANGRE? HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES WITH THE FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?	<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO	
B ¿HA REALIZADO EL DEPORTISTA UNA SESION DE ENTRENAMIENTO EN LAS DOS ULTIMAS HORAS? HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL TIPO DE SESION DE ENTRENAMIENTO O COMPETICION IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION	<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO	
C ¿HA ENTRENADO, COMPETIDO O RESIDIDO EL DEPORTISTA A UNA ALTITUD MAYOR DE 1500 METROS DURANTE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS? HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS? EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE. IF YES, SPECIFY	<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO	
NOMBRE DEL LUGAR LOCATION NAME	<input type="text"/>	ALTURA ESTIMADA ESTIMATED ALTITUDE	<input type="text"/>
DURACION DE LA ESTANCIA DURATION OF STAY	DE FROM	MM/MM	AAAA/YYYY
		A TO	DD/DD MM/MM AAAA/YYYY
D HA UTILIZADO EL DEPORTISTA ALGUN TIPO DE DISPOSITIVO PARA LA SIMULACION DE ALTURA COMO, TIENDAS, MASCARA ETC. EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS? HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS? EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE. IF YES, SPECIFY	<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO	
TIPO DE DISPOSITIVO TYPE OF DEVICE	<input type="text"/>		
MODO DE USO (FRECUENCIA, DURACION, INTENSIDAD, ETC...) MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC...)	<input type="text"/>		
E ¿HA DONADO Y/O PERDIDO SANGRE O RECIBIDO TRANSFUSIONES EL DEPORTISTA COMO CONSECUENCIA DE UNA SITUACION MEDICA O EMERGENCIA EN LOS ULTIMOS TRES MESES? HAS THE ATHLETE DONATED, LOST OR RECEIVED BLOOD TRANSFUSIONS AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?	<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO	
¿CUANDO? WHEN?	<input type="text"/>		
CAUSA DE LA PERDIDA DE SANGRE MOTIVE OF THE BLOOD LOSS	<input type="text"/>		
VOLUMEN ESTIMADO DE SANGRE PERDIDA ESTIMATED VOLUME OF BLOOD LOST	<input type="text"/>		
F ¿FUE RECOGIDA LA MUESTRA INMEDIATAMENTE DESPUES DE TRES DIAS CONSECUTIVOS EN UNA PRUEBA DE RESISTENCIA INTENSA COMO POR EJEMPLO UNA CARRERA CICLISTA POR ETAPAS? WAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY AFTER AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?	<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO	
G ¿ESTUVO EL DEPORTISTA EXPUESTO A CONDICIONES AMBIENTALES EXTREMAS DURANTE LAS DOS HORAS PREVIAS A LA TOMA DE SANGRE, INCLUYENDO CUALQUIER SESION CON CALOR ARTIFICIAL? HAS THE ATHLETE BEEN EXPOSED TO ANY EXTREME ENVIRONMENTAL CONDITIONS DURING THE LAST TWO HOURS PRIOR TO BLOOD COLLECTION, INCLUDING ANY SESSIONS IN ANY ARTIFICIAL HEAT?	<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO	

3. ACEPTACION. CONFIRMATION

<input type="text"/>	<input type="text"/>	FECHA DATE	<input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL OFFICER'S NAME	FIRMA DEL AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL OFFICER'S SIGNATURE		
<p>DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE DADO EN ESTE DOCUMENTO ES CORRECTA HE LEIDO Y ENTIENDO EL TEXTO QUE SE MUESTRA EN LA PARTE SUPERIOR DE LA COPIA ORIGINAL DEL FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE Y QUE APLICA A LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO CONSIENTO EN EL PROCESAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES A TRAVES DE ADAMS</p> <p>I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEXT DETAILED ON THE OVERLEAF OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM, IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS FORM I HEREBY GIVE CONSENT TO PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS</p>			
NOMBRE DE DEPORTISTA ATHLETE'S NAME	FIRMA DEL DEPORTISTA ATHLETE'S SIGNATURE		



PASAPORTE BIOLÓGICO DEL DEPORTISTA - FORMULARIO COMPLEMENTARIO
ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT- SUPPLEMENTARY REPORT FORM

CODIGO MUESTRA / SAMPLE NUMBER

1. INFORMACION DE LA MISION . MISSION INFORMATION

NOMBRE DE LA COMPETICION (Si aplica) EVENT NAME (if applicable)			
CODIGO DE LA MISION MISSION CODE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TEMPERATURA AMBIENTE APROXIMADA (en grados centigrados) APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (degrees centigrade)	<input type="text"/>

2. INFORMACION DEL PASAPORTE BIOLÓGICO DEL DEPORTISTA . ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION

<p>A ¿HA ESTADO EL DEPORTISTA SENTADO DURANTE DIEZ MINUTOS CON SUS PIES SOBRE EL SUELO ANTES DE LA RECOLECCIÓN DE SANGRE? HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES WITH THE FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
<p>B ¿HA REALIZADO EL DEPORTISTA UNA SESION DE ENTRENAMIENTO EN LAS DOS ULTIMAS HORAS? HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS?</p> <p>EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL TIPO DE SESION DE ENTRENAMIENTO O COMPETICION IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
<p>C ¿HA ENTRENADO, COMPETIDO O RESIDIDO EL DEPORTISTA A UNA ALTITUD MAYOR DE 1500 METROS DURANTE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS? HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?</p> <p>EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE. IF YES, SPECIFY</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
NOMBRE DEL LUGAR LOCATION NAME	ALTURA ESTIMADA ESTIMATED ALTITUDE		
DURACION DE LA ESTANCIA DURATION OF STAY	DE FROM	TO	
	DD/DD	MM/MM	AAAA/YYYY
		DD/DD	MM/MM
			AAAA/YYYY
<p>D HA UTILIZADO EL DEPORTISTA ALGUN TIPO DE DISPOSITIVO PARA LA SIMULACION DE ALTURA COMO, TIENDAS, MASCARA ETC... EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS? HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?</p> <p>EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE. IF YES, SPECIFY</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
TIPO DE DISPOSITIVO TYPE OF DEVICE			
MODO DE USO (FRECUENCIA, DURACION, INTENSIDAD, ETC...) MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC...)			
<p>E ¿HA DONADO Y/O PERDIDO SANGRE O RECIBIDO TRANSFUSIONES EL DEPORTISTA COMO CONSECUENCIA DE UNA SITUACION MEDICA O EMERGENCIA EN LOS ULTIMOS TRES MESES? HAS THE ATHLETE DONATED, LOST OR RECEIVED BLOOD TRANSFUSIONS AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
¿CUANDO? WHEN?			
CAUSA DE LA PERDIDA DE SANGRE MOTIVE OF THE BLOOD LOSS			
VOLUMEN ESTIMADO DE SANGRE PERDIDA ESTIMATED VOLUME OF BLOOD LOST			
<p>F ¿FUE RECOGIDA LA MUESTRA INMEDIATAMENTE DESPUES DE TRES DIAS CONSECUTIVOS EN UNA PRUEBA DE RESISTENCIA INTENSA COMO POR EJEMPLO UNA CARRERA CICLISTA POR ETAPAS? WAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY AFTER AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
<p>G ¿ESTUVO EL DEPORTISTA EXPUESTO A CONDICIONES AMBIENTALES EXTREMAS DURANTE LAS DOS HORAS PREVIAS A LA TOMA DE SANGRE, INCLUYENDO CUALQUIER SESION CON CALOR ARTIFICIAL? HAS THE ATHLETE BEEN EXPOSED TO ANY EXTREME ENVIRONMENTAL CONDITIONS DURING THE LAST TWO HOURS PRIOR TO BLOOD COLLECTION, INCLUDING ANY SESSIONS IN ANY ARTIFICIAL HEAT?</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO

3. ACEPTACION. CONFIRMATION

<input type="text"/>	<input type="text"/>	FECHA DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGENTE DE CONTROL DE DOPAIE DOPING CONTROL OFFICER'S NAME		FIRMA DEL AGENTE DE CONTROL DE DOPAIE DOPING CONTROL OFFICER'S SIGNATURE					
<p>DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE DADO EN ESTE DOCUMENTO ES CORRECTA HE LEIDO Y ENTIENDO EL TEXTO QUE SE MUESTRA EN LA PARTE SUPERIOR DE LA COPIA ORIGINAL DEL FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAIE Y QUE APLICA A LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO CONSIENTO EN EL PROCESAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES A TRAVES DE ADAMS</p> <p>I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEXT DETAILED ON THE OVERLEAF OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM, IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS FORM I HEREBY GIVE CONSENT TO PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS</p>							
NOMBRE DE DEPORTISTA ATHLETE'S NAME				FIRMA DEL DEPORTISTA ATHLETE'S SIGNATURE			



PASAPORTE BIOLÓGICO DEL DEPORTISTA - FORMULARIO COMPLEMENTARIO
ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT- SUPPLEMENTARY REPORT FORM

CODIGO MUESTRA / SAMPLE NUMBER

1. INFORMACION DE LA MISION . MISSION INFORMATION

NOMBRE DE LA COMPETICION (Si aplica) EVENT NAME (if applicable)			
CODIGO DE LA MISION MISSION CODE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TEMPERATURA AMBIENTE APROXIMADA (en grados centígrados) APPROXIMATE AMBIENT TEMPERATURE (centigrade degrees)	<input type="text"/>

2. INFORMACION DEL PASAPORTE BIOLÓGICO DEL DEPORTISTA . ATHLETE BIOLOGICAL PASSPORT INFORMATION

<p>A ¿HA ESTADO EL DEPORTISTA SENTADO DURANTE DIEZ MINUTOS CON SUS PIES SOBRE EL SUELO ANTES DE LA RECOLECCIÓN DE SANGRE? HAS THE ATHLETE BEEN SEATED FOR TEN MINUTES WITH THEIR FEET ON THE FLOOR PRIOR TO BLOOD COLLECTION?</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
<p>B ¿HA REALIZADO EL DEPORTISTA UNA SESION DE ENTRENAMIENTO EN LAS DOS ULTIMAS HORAS? HAS THE ATHLETE HAD A TRAINING SESSION OR COMPETITION IN THE PAST TWO HOURS?</p> <p>EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL TIPO DE SESION DE ENTRENAMIENTO O COMPETICION IF YES, PLEASE SPECIFY THE TYPE OF TRAINING SESSION OR COMPETITION</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
<p>C ¿HA ENTRENADO, COMPETIDO O RESIDIDO EL DEPORTISTA A UNA ALTITUD MAYOR DE 1500 METROS DURANTE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS? HAS THE ATHLETE TRAINED, COMPETED OR RESIDED AT AN ALTITUDE GREATER THAN 1500 METERS WITHIN THE PREVIOUS TWO WEEKS?</p> <p>EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE. IF YES, SPECIFY</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
NOMBRE DEL LUGAR LOCATION NAME	ALTURA ESTIMADA ESTIMATED ALTITUDE		<input type="text"/>
DURACION DE LA ESTANCIA DURATION OF STAY	DE FROM	A TO	
	<input type="text"/> DD/DD	<input type="text"/> MM/MM	<input type="text"/> AAAA/YYYY
		<input type="text"/> DD/DD	<input type="text"/> MM/MM
			<input type="text"/> AAAA/YYYY
<p>D HA UTILIZADO EL DEPORTISTA ALGUN TIPO DE DISPOSITIVO PARA LA SIMULACION DE ALTURA COMO, TIENDAS, MASCARA ETC... EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS? HAS THE ATHLETE USED ANY FORM OF ALTITUDE SIMULATION, SUCH AS A HYPOXIC TENT, MASK, ETC DURING THE PREVIOUS TWO WEEKS?</p> <p>EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE. IF YES, SPECIFY</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
TIPO DE DISPOSITIVO TYPE OF DEVICE		<input type="text"/>	
MODO DE USO (FRECUENCIA, DURACION, INTENSIDAD, ETC...) MANNER OF USE (FREQUENCY, DURATION, INTENSITY, ETC...)		<input type="text"/>	
<p>E ¿HA DONADO Y/O PERDIDO SANGRE O RECIBIDO TRANSFUSIONES EL DEPORTISTA COMO CONSECUENCIA DE UNA SITUACION MEDICA O EMERGENCIA EN LOS ULTIMOS TRES MESES? HAS THE ATHLETE DONATED, LOST OR RECEIVED BLOOD TRANSFUSIONS AS A RESULT OF MEDICAL OR EMERGENCY CONDITION DURING THE PREVIOUS THREE MONTHS?</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
¿CUANDO? WHEN?		<input type="text"/>	
CAUSA DE LA PERDIDA DE SANGRE MOTIVE OF THE BLOOD LOSS		<input type="text"/>	
VOLUMEN ESTIMADO DE SANGRE PERDIDA ESTIMATED VOLUME OF BLOOD LOST		<input type="text"/>	
<p>F ¿FUE RECOGIDA LA MUESTRA INMEDIATAMENTE DESPUES DE TRES DIAS CONSECUTIVOS EN UNA PRUEBA DE RESISTENCIA INTENSA COMO POR EJEMPLO UNA CARRERA CICLISTA POR ETAPAS? WAS THE SAMPLE COLLECTED IMMEDIATELY AFTER AT LEAST THREE CONSECUTIVE DAYS OF AN INTENSIVE ENDURANCE COMPETITION, SUCH AS A STAGE RACE IN CYCLING?</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO
<p>G ¿ESTUVO EL DEPORTISTA EXPUESTO A CONDICIONES AMBIENTALES EXTREMAS DURANTE LAS DOS HORAS PREVIAS A LA TOMA DE SANGRE, INCLUYENDO CUALQUIER SESION CON CALOR ARTIFICIAL? HAS THE ATHLETE BEEN EXPOSED TO ANY EXTREME ENVIRONMENTAL CONDITIONS DURING THE LAST TWO HOURS PRIOR TO BLOOD COLLECTION, INCLUDING ANY SESSIONS IN ANY ARTIFICIAL HEAT?</p>		<input type="checkbox"/> SI/YES	<input type="checkbox"/> NO/NO


3. ACEPTACION. CONFIRMATION

<input type="text"/>	<input type="text"/>	FECHA DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE Y APELLIDOS DEL AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL OFFICER'S NAME		FIRMA DEL AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL OFFICER'S SIGNATURE					
<p>DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE DADO EN ESTE DOCUMENTO ES CORRECTA HE LEIDO Y ENTIENDO EL TEXTO QUE SE MUESTRA EN LA PARTE SUPERIOR DE LA COPIA ORIGINAL DEL FORMULARIO DE CONTROL DE DOPAJE Y QUE APLICA A LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMATO CONSENTIO EN EL PROCESAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES A TRAVES DE ADAMS</p> <p>I DECLARE THAT THE INFORMATION I HAVE GIVEN ON THIS DOCUMENT IS CORRECT I HAVE READ AND UNDERSTAND THAT THE TEXT DETAILED ON THE OVERLEAF OF THE ORIGINAL COPY OF THE DOPING CONTROL FORM, IS APPLICABLE TO THE DOPING CONTROL RELATED DATA CAPTURED ON THIS FORM I HEREBY GIVE CONSENT TO PROCESSING OF MY PERSONAL DATA THROUGH ADAMS</p>							
NOMBRE DE DEPORTISTA ATHLETE'S NAME				FIRMA DEL DEPORTISTA ATHLETE'S SIGNATURE			

ANEXO IV

Formulario informe de misión del agente

ANEXO IV

 FORMULARIO INFORME DE MISION DEL AGENTE OFFICER REPORT FORM	AUTORIDAD DEL CONTROL TESTING AUTHORITY	
	AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	
	AUTORIDAD DE GESTION DE RESULTADO RESULT MANAGEMENT AUTHORITY	

1. DESCRIPCION DE LA MISION. MISSION DESCRIPTION

CODIGO DE MISION MISSION CODE	FECHA SESION SESSION DATE	NUMERO DE MUESTRAS RECOGIDAS NUMBER OF SAMPLES COLLECTED	ORINA URINE	SANGRE BLOOD
EN COMPETICION IN COMPETITION	LUGAR EVENTO EVENT LOCATION	NUM PERSONAS EQUIPO TOMA DE MUESTRAS NUMBER OF SAMPLE COLLECTION PERSONNEL		
FUERA COMPETICION OUT OF COMPETITION	LUGAR COMPETICION COMPETITION VENUE	LUGAR ENTRENAMIENTO TRAINING VENUE	CASA DEPORTISTA ATHLETE'S HOME	OTRO (especificar) OTHER (specify)

2. SELECCION DE DEPORTISTAS. ATHLETES SELECTION

¿FUERON TODOS LOS CONTROLES ENCARGADOS EN LA MISION COMPLETADOS? WHERE ALL TEST ON THE MISSION ORDER COMPLETED?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿SE SELECCIONARON A LOS DEPORTISTAS SEGUN LAS INSTRUCCIONES DE LA ORDEN DE MISION? WHERE THE ATHLETES SELECTED IN ACCORDANCE WITH THE MISSION ORDER?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)

3. RECOGIDA DE MUESTRAS. SAMPLES COLLECTION

¿RECIBIO INFORMACION DE LOS DEPORTISTAS O DEL PERSONAL DE APOYO QUE QUIERA REFLEJAR? DID YOU RECEIVE INFORMATION FROM ATHLETES OR ATHLETES SUPPORT PERSONNEL WHICH YOU WOULD LIKE TO REPORT?	<input type="checkbox"/> SI (dé más detalles en sección 4) / YES (provide further details in section 4) <input type="checkbox"/> NO / NO
¿LAS INSTALACIONES FUERON ADECUADAS? WERE THE FACILITIES ADEQUATE?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿TODOS LOS CONTROLES SE EFECTUARON SIN PREVIO AVISO? WERE ALL TEST CONDUCTED AT A NO ADVANCE NOTICE?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿LA IDENTIDAD DE LOS DEPORTISTAS FUE CONFIRMADA SEGUN LOS CRITERIOS DE LA ORGANIZACION DE CONTROL O RECOGIDA? WAS THE IDENTITY OF THE ATHLETES CONFIRMED AS PER THE CRITERIA SET BY THE TESTING/COLLECTION AUTHORITY?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿SE MOSTRO A LOS DEPORTISTAS LA CARTA DE AUTORIZACION PARA EL CONTROL? WERE THE LETTERS OF AUTHORITY SHOWN TO THE ATHLETES?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿ALGUN DEPORTISTA SOLICITO DEMORA PARA IR A LA SALA DE CONTROL? DID ANY ATHLETE REQUEST A DELAY IN REPORTING TO THE DOPING CONTROL STATION?	<input type="checkbox"/> SI (dé más detalles en sección 4) / YES (provide further details in section 4) <input type="checkbox"/> NO / NO
¿ESTUVIERON TODOS LOS DEPORTISTAS BAJO OBSERVACION TODO EL TIEMPO DESDE QUE FUERON NOTIFICADOS HASTA EL FINAL DE LA SESION DE TOMA DE MUESTRA? WERE THE ATHLETES KEPT UNDER OBSERVATION AT ALL TIMES FROM THE POINT INITIAL CONTACT WAS MADE UNTIL THE END OF THE SAMPLE COLLECTION SESSION?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿HUBO ALGUN PROBLEMA CON EL MATERIAL DE TOMA DE MUESTRA? WERE ANY ISSUES ENCOUNTERED WITH THE SAMPLE COLLECTION EQUIPMENT?	<input type="checkbox"/> SI (dé más detalles en sección 4) / YES (provide further details in section 4) <input type="checkbox"/> NO / NO
HUBO ALGUNA MODIFICACION EN LOS PROCEDIMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE EFECTUAR EL CONTROL A DEPORTISTAS CON DISCAPACIDAD O MENORES? WERE ANY MODIFICATIONS TO PROCEDURES PUT IN PLACE TO ACCOUNT FOR ATHLETES WITH AN IMPAIRMENT AND/OR MINORS?	<input type="checkbox"/> SI (dé más detalles en sección 4) / YES (provide further details in section 4) <input type="checkbox"/> NO / NO
¿LAS MUESTRAS FUERON RECOGIDAS SEGUN ESTANDAR INTERNACIONAL PARA CONTROLES E INVESTIGACIONES (ISTI)? WERE ALL THE SAMPLES COLLECTED IN ACCORDANCE WITH THE INTERNATIONAL STANDARD FOR TESTING AND INVESTIGATIONS (ISTI)?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿FUERON TODAS LAS MUESTRAS (INCLUYENDO MUESTRAS PARCIALES) ALMACENADAS SEGUN EL ESTANDAR PARA CONTROLES E INVESTIGACIONES (ISTI)? WERE ALL SAMPLES (INCLUDING PARTIAL SAMPLES) STORED IN ACCORDANCE WITH THE INTERNATIONAL STANDARD FOR TESTING AND INVESTIGATIONS (ISTI)?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)

4. COMENTARIOS GENERALES Y SUGERENCIAS. GENERAL COMMENTS AND SUGGESTIONS
(RELLENEN UN FORMULARIO COMPLEMENTARIO SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE. COMPLETE A SUPPLEMENTARY REPORT FORM IF SPACE IS INSUFFICIENT)

<p>¿HAY FORMULARIO DE INFORMACION COMPLEMENTARIO? SUPPLEMENTARY REPORT FORM?</p> <p><input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO / NO</p> <p>CODIGO DE MUESTRA / SAMPLE NUMBER</p>

5. ACEPTACION. CONFIRMATION

NOMBRE DEL ACD DCO NAME	FIRMA DEL ACD DCO SIGNATURE	FECHA DATE
		DD/DD MM/MM AAAA/YYYY

COPIA VERDE. AUTORIDAD DE CONTROL
GREEN COPY. TESTING AUTHORITY

PNT-DCD-03-F-06 V2 2023


FORMULARIO INFORME DE MISION DEL AGENTE
OFFICER REPORT FORM

AUTORIDAD DEL CONTROL

TESTING AUTHORITY

AUTORIDAD DE RECOGIDA MUESTRA

SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

AUTORIDAD DE GESTION DE RESULTADO

RESULT MANAGEMENT AUTHORITY

1. DESCRIPCION DE LA MISION. MISSION DESCRIPTION

CODIGO DE MISION MISSION CODE	<input type="text"/>	FECHA SESION SESSION DATE	<input type="text"/>	NUMERO DE MUESTRAS RECOGIDAS NUMBER OF SAMPLES COLLECTED	ORINA URINE	SANGRE BLOOD
EN COMPETICION IN COMPETITION	LUGAR EVENTO EVENT LOCATION	<input type="text"/>		NUM PERSONAS EQUIPO TOMA DE MUESTRAS NUMBER OF SAMPLE COLLECTION PERSONNEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FUERA COMPETICION OUT OF COMPETITION	LUGAR COMPETICION COMPETITION VENUE	LUGAR ENTRENAMIENTO TRAINING VENUE	CASA DEPORTISTA ATHLETE'S HOME	OTRO (especificar) OTHER (specify)	<input type="text"/>	

2. SELECCION DE DEPORTISTAS. ATHLETES SELECTION

¿FUERON TODOS LOS CONTROLES ENCARGADOS EN LA MISION COMPLETADOS? WHERE ALL TEST ON THE MISSION ORDER COMPLETED?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿SE SELECCIONARON A LOS DEPORTISTAS SEGUN LAS INSTRUCCIONES DE LA ORDEN DE MISION? WHERE THE ATHLETES SELECTED IN ACCORDANCE WITH THE MISSION ORDER?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)

3. RECOGIDA DE MUESTRAS. SAMPLES COLLECTION

¿RECIBIO INFORMACION DE LOS DEPORTISTAS O DEL PERSONAL DE APOYO QUE QUIERA REFLEJAR? DID YOU RECEIVE INFORMATION FROM ATHLETES OR ATHLETES SUPPORT PERSONNEL WHICH YOU WOULD LIKE TO REPORT?	<input type="checkbox"/> SI (dé más detalles en sección 4) / YES (provide further details in section 4) <input type="checkbox"/> NO / NO
¿LAS INSTALACIONES FUERON ADECUADAS? WERE THE FACILITIES ADEQUATE?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿TODOS LOS CONTROLES SE EFECTUARON SIN PREVIO AVISO? WERE ALL TEST CONDUCTED AT A NO ADVANCE NOTICE?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿LA IDENTIDAD DE LOS DEPORTISTAS FUE CONFIRMADA SEGUN LOS CRITERIOS DE LA ORGANIZACION DE CONTROL O RECOGIDA? WAS THE IDENTITY OF THE ATHLETES CONFIRMED AS PER THE CRITERIA SET BY THE TESTING/COLLECTION AUTHORITY?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿SE MOSTRO A LOS DEPORTISTAS LA CARTA DE AUTORIZACION PARA EL CONTROL? WERE THE LETTERS OF AUTHORITY SHOWN TO THE ATHLETES?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿ALGUN DEPORTISTA SOLICITO DEMORA PARA IR A LA SALA DE CONTROL? DID ANY ATHLETE REQUEST A DELAY IN REPORTING TO THE DOPING CONTROL STATION?	<input type="checkbox"/> SI (dé más detalles en sección 4) / YES (provide further details in section 4) <input type="checkbox"/> NO / NO
¿ESTUVIERON TODOS LOS DEPORTISTAS BAJO OBSERVACION TODO EL TIEMPO DESDE QUE FUERON NOTIFICADOS HASTA EL FINAL DE LA SESION DE TOMA DE MUESTRA? WERE THE ATHLETES KEPT UNDER OBSERVATION AT ALL TIMES FROM THE POINT INITIAL CONTACT WAS MADE UNTIL THE END OF THE SAMPLE COLLECTION SESSION?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿HUBO ALGUN PROBLEMA CON EL MATERIAL DE TOMA DE MUESTRA? WERE ANY ISSUES ENCOUNTERED WITH THE SAMPLE COLLECTION EQUIPMENT?	<input type="checkbox"/> SI (dé más detalles en sección 4) / YES (provide further details in section 4) <input type="checkbox"/> NO / NO
HUBO ALGUNA MODIFICACION EN LOS PROCEDIMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE EFECTUAR EL CONTROL A DEPORTISTAS CON DISCAPACIDAD O MENORES? WERE ANY MODIFICATIONS TO PROCEDURES PUT IN PLACE TO ACCOUNT FOR ATHLETES WITH AN IMPAIRMENT AND/OR MINORS?	<input type="checkbox"/> SI (dé más detalles en sección 4) / YES (provide further details in section 4) <input type="checkbox"/> NO / NO
¿LAS MUESTRAS FUERON RECOGIDAS SEGUN ESTANDAR INTERNACIONAL PARA CONTROLES E INVESTIGACIONES (ISTI)? WERE ALL THE SAMPLES COLLECTED IN ACCORDANCE WITH THE INTERNATIONAL STANDARD FOR TESTING AND INVESTIGATIONS (ISTI)?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)
¿FUERON TODAS LAS MUESTRAS (INCLUYENDO MUESTRAS PARCIALES) ALMACENADAS SEGUN EL ESTANDAR PARA CONTROLES E INVESTIGACIONES (ISTI)? WERE ALL SAMPLES (INCLUDING PARTIAL SAMPLES) STORED IN ACCORDANCE WITH THE INTERNATIONAL STANDARD FOR TESTING AND INVESTIGATIONS (ISTI)?	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO (dé más detalles en la sección 4) / NO (provide further details in section 4)

4. COMENTARIOS GENERALES Y SUGERENCIAS. GENERAL COMMENTS AND SUGGESTIONS

(RELLENE UN FORMULARIO COMPLEMENTARIO SI EL ESPACIO ES INSUFICIENTE. COMPLETE A SUPPLEMENTARY REPORT FORM IF SPACE IS INSUFFICIENT)

<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO / NO	<input type="checkbox"/> SI / YES <input type="checkbox"/> NO / NO
¿HAY FORMULARIO DE INFORMACION COMPLEMENTARIO? SUPPLEMENTARY REPORT FORM?	
<input type="text"/> CODIGO DE MUESTRA / SAMPLE NUMBER	

5. ACEPTACION. CONFIRMATION

NOMBRE DEL ACD DCO NAME	FIRMA DEL ACD DCO SIGNATURE	FECHA DATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 COPIA ROSA. AUTORIDAD DE RECOGIDA DE MUESTRA
 PINK COPY. SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

PNT-DCD-03-F-06 V2 2023



FORMULARIO DE INFORMACION COMPLEMENTARIA SUPPLEMENTARY REPORT FORM

CODIGO DE MUESTRA / SAMPLE NUMBER

CODIGO DE MISION / TEST MISSION CODE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. CUMPLIMENTADO POR. COMPLETED BY

AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE DOPING CONTROL OFFICER	<input type="checkbox"/>	DEPORTISTA ATHLETE	<input type="checkbox"/>	REPRESENTANTE DEL DEPORTISTA ATHLETE REPRESENTATIVE	<input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFIQUE) OTHER (SPECIFY)	<input type="text"/>
---	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--	--------------------------	---------------------------------------	----------------------

2. PROPOSITO DEL INFORME. PURPOSE OF THE REPORT

REHUSA DEL DEPORTISTA ATHLETE FAILURE TO COMPLY	<input type="checkbox"/>	DECLARACION DE MEDICACION (FORMULARIO CONTROL DE DOPAJE) MEDICAL DECLARATION (DOPING CONTROL FORM)	<input type="checkbox"/>	COMENTARIOS (FORMULARIO CONTROL DE DOPAJE) COMMENTS (DOPING CONTROL FORM)	<input type="checkbox"/>	INFORMACION DE INTELIGENCIA INFORMATION INTELLIGENCE REPORT	<input type="checkbox"/>
INFORME COMPLEMENTARIO SUPPLEMENTARY REPORT	<input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFIQUE) OTHER (SPECIFY) <input type="text"/>					

3. INFORMACION COMPLEMENTARIA. SUPPLEMENTARY REPORT

EL INFORME NO DEBE INCLUIR DETALLES DEL DEPORTISTA SI SE VA A ENVIAR UNA COPIA AL LABORATORIO. THIS REPORT SHALL NOT INCLUDE THE ATHLETE'S DETAILS IF A COPY SHALL BE SENT TO THE LABORATORY

4. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO. CONFIRMATION OF PROCEDURE

NOMBRE NAME	<input type="text"/>	FIRMA SIGNATURE	<input type="text"/>
FECHA DATE	<input type="text"/> DD/DD MM/MM AAAA/YYYY	NOMBRE ACD OCD NAME	<input type="text"/>
		FIRMA ACD OCD SIGNATURE	<input type="text"/>



FORMULARIO DE INFORMACION COMPLEMENTARIA SUPPLEMENTARY REPORT FORM

CODIGO DE MUESTRA / SAMPLE NUMBER

CODIGO DE MISION / TEST MISSION CODE

1. CUMPLIMENTADO POR. COMPLETED BY

AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE DEPORTISTA REPRESENTANTE DEL DEPORTISTA OTRO (ESPECIFIQUE)

DOPING CONTROL OFFICER ATHLETE ATHLETE REPRESENTATIVE OTHER (SPECIFY)

2. PROPOSITO DEL INFORME. PURPOSE OF THE REPORT

REHUSA DEL DEPORTISTA DECLARACION DE MEDICACION (FORMULARIO CONTROL DE DOPAJE) COMENTARIOS (FORMULARIO CONTROL DE DOPAJE) INFORMACION DE INTELIGENCIA

ATHLETE FAILURE TO COMPLY MEDICAL DECLARATION (DOPING CONTROL FORM) COMMENTS (DOPING CONTROL FORM) INFORMATION INTELLIGENCE REPORT

INFORME COMPLEMENTARIO OTRO (ESPECIFIQUE)

SUPPLEMENTARY REPORT OTHER (SPECIFY)

3. INFORMACION COMPLEMENTARIA. SUPPLEMENTARY REPORT

EL INFORME NO DEBE INCLUIR DETALLES DEL DEPORTISTA SI SE VA A ENVIAR UNA COPIA AL LABORATORIO. THIS REPORT SHALL NOT INCLUDE THE ATHLETE'S DETAILS IF A COPY SHALL BE SENT TO THE LABORATORY

4. ACEPTACION DEL PROCEDIMIENTO. CONFIRMATION OF PROCEDURE

NOMBRE FIRMA

NAME SIGNATURE

FECHA NOMBRE ACD FIRMA ACD

DATE ACD NAME ACD SIGNATURE

DD/DD MM/MM AAAA/YYYY

ANEXO VI

Formulario de intento fallido

ANEXO VI



FORMULARIO DE INTENTO FALLIDO UNSUCCESSFUL ATTEMPT REPORT FORM

Form fields for: AUTORIDAD DEL CONTROL, AUTORIDAD DE TOMA DE MUESTRA, AUTORIDAD DE GESTION DE RESULTADOS

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

Form fields for: APELLIDOS, NOMBRE, GENERO, NACIONALIDAD, DEPORTE

2. INFORMACION DE LA MISION. MISSION INFORMATION

Form fields for: CODIGO DE MISION, FUERA DE COMPETICION, EN COMPETICION, FECHA EN LA QUE SE VERIFICO LA LOCALIZACION

3. INFORMACION DEL INTENTO. ATTEMP INFORMATION

Main form area with multiple fields: INTENTO DENTRO DE VENTANA, LUGAR LOCALIZACION, DESCRIPCION DEL LUGAR, FECHA DEL INTENTO, HORA DE LLEGADA, HORA DE PARTIDA, and a large text area for DESCRIBA EL INTENTO.

4. ACEPTACION. CONFIRMATION

Form fields for: NOMBRE ACD, FIRMA ACD, FECHA DATE


FORMULARIO DE INTENTO FALLIDO
UNSUCCESSFUL ATTEMPT REPORT FORM

 AUTORIDAD DEL CONTROL
 TESTING AUTHORITY
 AUTORIDAD DE TOMA DE MUESTRA
 SAMPLE COLLECTION AUTHORITY
 AUTORIDAD DE GESTION DE RESULTADOS
 RESULT MANAGEMENT AUTHORITY

1. INFORMACION DEL DEPORTISTA. ATHLETE INFORMATION

APellidos FAMILY NAME	<input type="text"/>	Nombre GIVEN NAME	<input type="text"/>	Genero GENDER	<input type="checkbox"/> H/M <input type="checkbox"/> M/F
Nacionalidad NATIONALITY	<input type="text"/>	Deporte SPORT	<input type="text"/>		

2. INFORMACION DE LA MISION. MISSION INFORMATION

CODIGO DE MISION/TEST MISSION CODE	<input type="text"/>	FUERA DE COMPETICION OUT OF COMPETITION	<input type="checkbox"/>	EN COMPETICION IN COMPETITION	<input type="checkbox"/>
INFORMACION UTILIZADA PARA LA LOCALIZACION / WHEREABOUTS USED					
FECHA EN LA QUE SE VERIFICO LA LOCALIZACION POR ULTIMA VEZ ATHLETE'S WHEREABOUTS LAST CHECKED DATE	<input type="text"/>	HORA TIME	<input type="text"/>		

3. INFORMACION DEL INTENTO. ATTEMP INFORMATION

INTENTO DENTRO DE VENTANA ATTEMPT WITHIN WINDOW	<input type="checkbox"/> S/Y <input type="checkbox"/> N/N	LUGAR LOCALIZATION	<input type="text"/>	CALLE, NUMERO /STREET,NUMBER	<input type="text"/>	CIUDAD/CITY	<input type="text"/>	CODIGO POSTAL/ZIP NUMBER	<input type="text"/>	PROVINCIA/STATE	<input type="text"/>
DESCRIPCION DEL LUGAR DESCRIPTION OF LOCATION	LUGAR DE ENTRENAMIENTO TRAINING VENUE	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO DEPORTISTA ATHLETE'S ADDRESS	<input type="checkbox"/>	OTRO (ESPECIFIQUE) OTHER (SPECIFY)	<input type="text"/>					
FECHA DEL INTENTO DATE OF ATTEMPT	<input type="text"/>	HORA DE LLEGADA ARRIVAL TIME	<input type="text"/>	HORA DE PARTIDA DEPARTURE TIME	<input type="text"/>						

DESCRIBA EL INTENTO: DESCRIBA TODOS LOS INTENTOS QUE SE HAN HECHO PARA LOCALIZAR AL DEPORTISTA DURANTE EL PERIODO DE VENTANA DE 60 MINUTOS. SE DEBE INDICAR Y NO SE LIMITA A LA DESCRIPCION FISICA DEL LUGAR, UN RESUMEN SOBRE COMO SE INTENTO CONTACTAR CON EL DEPORTISTA (LLAMADAS AL TIMBRE DE LA PUERTA, CONTACTO CON TERCERAS PERSONAS, ETC.) LAS VECES QUE SE INTENTO Y CON QUE FRECUENCIA. INDIQUE TAMBIEN SI SE HICIERON INTENTOS FUERA DE VENTANA CON SU CORRESPONDIENTE INFORMACION. EN TODOS LOS CASOS ADJUNTE, SI ES POSIBLE, INFORMACION ADICIONAL COMO (FOTOGRAFIAS DEL BUZON, TELEFONOS ADICIONALES)

DESCRIBE DESCRIPTION OF ATTEMPT: DESCRIBE ALL ATTEMPTS MADE TO LOCATE THE ATHLETE DURING HIS/HER SPECIFIED 60-MINUTE TIME SLOT. THIS SHOULD INCLUDE BUT NOT BE LIMITED TO A PHYSICAL DESCRIPTION OF THE LOCATION, A SUMMARY OF HOW CONTACT WAS ATTEMPTED(DOORBELL, 3RD PARTY CONTACT, ETC.) AND THE FREQUENCY AND TIMING OF ATTEMPTS MADE. PLEASE ALSO DESCRIBE ANY ATTEMPTS MADE TO LOCATE THE ATHLETE OUTSIDE OF THEIR 60-MINUTE TIME SLOT AT THIS OR ANY OTHER LOCATIONS (IF APPLICABLE). FOR ALLATTEMPTS MADE, PLEASE PROVIDE ANY ADDITIONAL INFORMATION RECEIVED DURING EACH ATTEMPT (E.G. THE ACTUAL LOCATION OF THE ATHLETE)

4. ACEPTACION. CONFIRMATION

CON LA FIRMA DE ESTE FORMULARIO CONFIRMO QUE LA INFORMACION QUE HE FACILITADO ES CORRECTA Y QUE ESTA PUEDE SER UTILIZADA EN CASO DE UNA VIOLACION DE LAS NORMAS ANTIDOPAJE. BY SIGNING THIS FORM, I CONFIRM THAT THE INFORMATION PROVIDED HEREIN IS ACCURATE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND THAT THIS INFORMATION MAY BE USED IN ASSERTING AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION

Nombre ACD DCO NAME	<input type="text"/>	Fecha DATE	<input type="text"/>
Firma ACD DCO SIGNATURE	<input type="text"/>		

 COPIA ROSA. AUTORIDAD DE RECOGIDA DE MUESTRA
 PINK COPY. SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

PNT-DCD-03-F-08 2 2023

ANEXO VII

Instrucciones para cumplimentar los formularios

1. Formulario de control de dopaje (anexo I).

El formulario está incluido en el sistema de calidad de certificación según ISO 9001:2015 de la Agencia Estatal Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD). A este respecto, en la parte inferior derecha aparece el código de formato que le corresponde.

El formulario consta de cinco hojas autocopiativas, diferenciadas por el color, y dirigidas a:

– Original, en color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte, Federación Internacional u organismo internacional competente.

– Primera copia, en color amarillo, dirigida al deportista. En el reverso de ésta, se recogerán las cláusulas relativas a la protección de datos de carácter personal del deportista.

– Segunda copia, en color rosa, dirigida a la Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte u organismo encargado de la toma de muestras.

– Tercera copia, en color azul, dirigida al laboratorio de control del dopaje.

– Cuarta copia: Notificación, en color amarillo, dirigida al deportista. En el formulario se recogerá la información relativa a los derechos y obligaciones del deportista.

Si al Agente de Control de Dopaje le falta espacio para rellenar cualquier parte del formulario, deberá utilizar el Formulario de Información Complementaria.

Es recomendable que el Agente de Control de Dopaje trace una línea sobre cualquier parte del formulario que no sea aplicable, incluidas las casillas sin utilizar para la identificación de las muestras.

El Agente de Control de Dopaje responsable deberá cumplimentar todos los apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

Parte superior derecha del formulario:

– Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u Organismo Internacional competente.

– Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u Organismo encargado de la toma de muestras.

– Autoridad de Gestión de Resultado: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.

1.1 Notificación:

La notificación al deportista de que ha sido seleccionado para someterse a control de dopaje deberá entregarse por el Agente de Control de Dopaje o el miembro del equipo de recogida de muestras que éste designe. El deportista será informado por el Agente o Escolta de sus derechos y obligaciones que le aplican a lo largo del proceso de toma de muestra.

Si expresamente el deportista se niega a recibir la notificación, se hará constar tal circunstancia y requiriendo a un testigo para que se acredite este hecho e informando inmediatamente del hecho al Agente de Control en caso de tratarse de un escolta.

Los campos para cumplimentar de modo obligatorio son:

– Apellidos y nombre del deportista.

– Nacionalidad del deportista.

- Tipo de documento oficial empleado por el deportista para identificarse en la notificación, obligatorio que tenga foto.
- Tipo de muestra que se va a recoger.
- Fecha y hora de la notificación.
- Nombre y apellidos del miembro del equipo de toma de muestra que efectúa la notificación.
- Firma del miembro del equipo de toma de muestra que efectúa la notificación.
- Firma del deportista. En caso de ser un menor en este cuadro, además, deberá aparecer el nombre con apellidos y la firma de la persona que efectúa la labor de tutor.

Finalmente, el Agente o Escolta entregará al deportista la parte superior de la copia de la notificación (en color amarillo). El Agente o Escolta cumplimentará su nombre y firmará la notificación.

1.2 Información del deportista:

Es obligatorio cumplimentar todos los campos. Los registros son:

- Hora de llegada del deportista al área de control.
- Dirección postal. Debe ser la de su domicilio habitual.
- Teléfono.
- Dirección de correo electrónico.
- Nombre del entrenador.
- Nombre del médico que lleva al deportista habitualmente.

1.3 Información para el análisis:

Es obligatorio cumplimentar todos los campos. Los registros son:

- El Agente de Control de Dopaje deberá indicar, si el control se realiza en competición o fuera.
- Fecha de toma de muestra.
- Sexo del deportista.
- Código de la misión de control, en general siempre el código de ADAMS.
- Fecha de nacimiento del deportista.
- Deporte que practica el deportista.
- Disciplina deportiva.
- Si no hay muestras parciales, este espacio se puede dejar en blanco.
- Para las muestras, Indicar si es de orina, sangre o DBS, el volumen (solo orina), hora de sellado, poner la pegatina de la muestra y la densidad si es orina, a continuación, el nombre/apellidos y firma del testigo en la toma de muestra de orina.
- El Agente de Control de Dopaje, deberá registrar en la casilla Declaración de Uso de Medicamentos y/o transfusiones, si ha sido sometido a algún tratamiento. En caso de que el espacio sea insuficiente deberá hacerse uso del Formulario de Información Complementaria. Para poder vincular la información con el complementario deberá indicar el código de muestra que se pegó en primer lugar en el formulario.
- El deportista debe de modo expreso aceptar/rechazar el uso anonimizado de la muestra para efectos de investigación dentro del propio laboratorio.

1.4 Aceptación del procedimiento de toma de muestra:

Es obligatorio cumplimentar todos los campos. Los registros son:

- En caso de que alguno de los presentes en el proceso tenga que realizar alguna observación, reflejará la misma en el apartado habilitado para ello. Si resultara necesario, por falta de espacio, deberá redactar una declaración en el Formulario de Información Complementaria, se vincula como anteriormente por el código de la muestra que aparece en primer lugar.

- Respecto al representante que pueda acompañar al deportista, se debe reflejar; el nombre y apellidos, su posición y la firma.
- Nombre de los Agentes de Control de Dopaje con firma presentes en el proceso.
- Fecha y hora de fin del control.
- Marcar de modo expreso que el deportista ha leído las cláusulas de protección de datos que le aplican.
- Firma del deportista.
- En caso de que otras personas autorizadas asistan al procedimiento de control del dopaje, se hará constar esta circunstancia junto con su identificación en el Formulario de Información Complementaria.

Una vez cumplimentado el formulario en su totalidad, el Agente de Control de Dopaje entregará la copia de color amarillo al deportista, colocará la copia en color azul con las muestras para su envío al Laboratorio, enviará la copia en color rosa al organismo que realiza el control y remitirá el original en color verde al organismo responsable del control.

En caso de utilizarse medios electrónicos para la cumplimentación del formulario, la copia dirigida al deportista se notificará en la dirección de correo electrónico facilitado por el mismo en el propio formulario.

2. Formulario de cadena de custodia (anexo II).

El formulario está incluido en el sistema de calidad de certificación según ISO 9001:2015 de la Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD). A este respecto, en la parte inferior derecha aparece el código de formato que le corresponde.

El formulario constará de 3 hojas autocopiativas, diferenciadas por el color, y dirigidas a:

- Original, en color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.
- Segunda copia, en color rosa, dirigida a la Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u organismo encargado de la toma de muestras.
- Tercera copia, en color azul, dirigida al laboratorio de control del dopaje.

Parte superior derecha del formulario:

- Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u Organismo Internacional competente.
- Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u Organismo encargado de la toma de muestras.
- Autoridad de Gestión de Resultado: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.

2.1 Descripción de la misión.

Es obligatorio cumplimentar todos los campos. Los registros son:

- Nombre del miembro del equipo de toma de muestras que se hace cargo de organizar el transporte y cumplimentar la cadena de custodia.
- Número de muestras totales que van en esta cadena de custodia, para orina, sangre y DBS.
- Dirección desde donde se envían las muestras.
- Código de misión, siempre indicar el de ADAMS facilitado por la Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte.
- Protección de la Salud en el Deporte.

- Fecha de cierre de la misión.
 - Hora de cierre.
 - Código del lector de temperatura verificado. Uno por cadena de custodia.
- 2.2 Códigos de muestras e información para el análisis.
- El Agente de Control de Dopaje debe pegar una pegatina de código de muestra.
 - En la misma línea, debe hacer una marca dentro del cuadro de los análisis específicos que solicita la Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte. En el apartado «otros» poner el número de las metodologías o tiempos de almacenamiento que de modo adicional se solicita al laboratorio.
 - Nombre de miembro del equipo de toma de muestra que cierra el paquete.
 - Firma del miembro del equipo que cierra el paquete.
 - Código de la brida de precintado, si existiese.
 - A continuación, se registran los movimientos que implican cambios de poseedor del paquete. Indicándose; la persona, su firma, su cargo fecha y hora que lo recibe, detalles sobre la localización del paquete.

2.3 Entrega en el laboratorio o a la empresa de mensajería:

Deberá indicarse de modo obligatorio.

- El nombre de la persona que entrega, con firma, fecha y hora.
- Si se entrega en el laboratorio, el nombre del laboratorio, la persona de laboratorio que lo recoge, su posición y firma.
- Si se entrega a una mensajería, el nombre de la mensajería y el código de albarán.

3. Formulario complementario para el pasaporte biológico (anexo III).

El formulario está incluido en el sistema de calidad de certificación según ISO 9001:2015 de la Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD). A este respecto, en la parte inferior derecha aparece el código de formato que le corresponde.

El formulario constará de 3 hojas autocopiativas, diferenciadas por el color, y dirigidas a:

- En color verde, dirigido a la Autoridad de Control; Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.
- Primera copia, en color amarillo, para el deportista.
- Segunda copia, en color rosa, dirigida a la Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u organismo encargado de la toma de muestras.

Parte superior derecha del formulario:

Se debe indicar el código de muestra sanguínea respecto a la cual se cumplimenta este formulario.

3.1 Información de la misión:

Deberá indicarse de modo obligatorio.

- Nombre de la competición, si aplica.
- Código de la misión de ADAMS.
- Temperatura ambiente aproximada donde se efectuó la extracción.

3.2 Información del pasaporte biológico del deportista:

Se debe responder de un modo claro y preciso a cada una de las preguntas que van desde el apartado A al G.

3.3 Confirmación.

Deberá indicarse de modo obligatorio.

- Indicar El nombre y apellidos del agente que efectuó la extracción sanguínea.
- Firma.
- Fecha.
- Nombre y firma del deportista.

4. Formulario informe de misión del agente de control (anexo IV).

El formulario está incluido en el sistema de calidad de certificación según ISO 9001:2015 de la Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD). A este respecto, en la parte inferior derecha aparece el código de formato que le corresponde.

El formulario constará de 2 hojas autocopiativas, diferenciadas por el color, y dirigidas a:

- En color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.

- Primera copia, en color rosa, dirigida a la Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u organismo encargado de la toma de muestras.

Parte superior derecha del formulario:

- Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u Organismo Internacional competente.

- Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u Organismo encargado de la toma de muestras.

- Autoridad de Gestión de Resultado: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.

4.1 Descripción de la misión:

Se deben rellenar los siguientes campos:

- Indicar el código de misión de ADAMS.
- Fecha en la que tuvo lugar la misión.
- Número de muestra de orina, sangre y DBS que se recogieron.
- Si tuvieron lugar en competición, el nombre del evento.
- Si la misión fue en condiciones de fuera de competición, tipo de localización.
- Número de personas que formaron parte del equipo de toma de muestra.

4.2 Selección de deportistas:

El Agente de Control de Dopaje que rellena este formato debe responder a las preguntas de este apartado.

4.3 Recogida de muestras:

El Agente de Control de Dopaje que rellena este formato debe responder a las preguntas de este apartado.

4.4 Comentarios generales y sugerencias:

El Agente de Control de Dopaje que rellena este formato debe indicar cualquier tipo de información que considere relevante en este apartado. En caso de no tener espacio

suficiente se debe utilizar un informe complementario que se vinculara mediante el código de muestra de alguno de los controles de la misión.

4.5 Confirmación:

El Agente de Control de Dopaje deberá indicar su nombre, firmar y fechar el formulario, quedándose con la copia rosa.

5. Formulario de información complementaria (anexo V).

El formulario está incluido en el sistema de calidad de certificación según ISO 9001:2015 de la Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD). A este respecto, en la parte inferior derecha aparece el código de formato que le corresponde.

El formulario constará de 3 hojas autocopiativas, diferenciadas por el color, y dirigidas a:

– En color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.

– Primera copia, en color rosa, dirigida a la Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u organismo encargado de la toma de muestras. Segunda copia, amarilla. Declarante.

Parte superior derecha del formulario:

- Se debe indicar el código de la muestra a la que está vinculada la declaración.
- Código de la misión de ADAMS donde ocurren los hechos.

5.1 Cumplimentado por:

Se debe marcar o indicar el tipo de persona que efectúa la declaración.

5.2 Propósito del informe.

Indicar uno de los motivos o varios por los cuales se procede a cumplimentar el informe complementario.

5.3 Información complementaria.

En este campo redactar un informe lo más conciso posible que describa los hechos tal y como ocurrieron evitando emitir opiniones.

5.4 Confirmación del procedimiento.

Indicar el nombre y apellidos del declarante, firmar, y a continuación se debe incluir la fecha, nombre y firma del Agente de Control de Dopaje que recoge la declaración o la efectúa.

6. Formulario informe de intento fallido (anexo VI).

El formulario está incluido en el sistema de calidad de certificación según ISO 9001:2015 de la Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD). A este respecto, en la parte inferior derecha aparece el código de formato que le corresponde.

El formulario constará de 2 hojas autocopiativas, diferenciadas por el color, y dirigidas a:

– En color verde, dirigido a la Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.

– Primera copia, en color rosa, dirigida a la Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u organismo encargado de la toma de muestras.

Parte superior derecha del formulario:

– Autoridad de Control: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u Organismo Internacional competente.

– Autoridad de Recogida: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD) u Organismo encargado de la toma de muestras.

– Autoridad de Gestión de Resultado: Comisión Española para la Lucha Antidopaje en el Deporte (CELAD), Federación Internacional u organismo internacional competente.

6.1 Información del deportista:

El agente deberá cumplimentar:

- Apellidos del deportista.
- Nombre del deportista.
- Nacionalidad.
- Deporte que practica el deportista.
- Género del deportista.

6.2 Información de la misión de control:

El agente deberá cumplimentar:

- Código de ADAMS.
- Si el control se efectúa en condiciones de en competición o fuera de competición (doce horas antes del evento, ya se considera competición).
- Fecha y hora en que por última vez se verifico la localización declarada por el deportista en ADAMS.

6.3 Información del intento:

El agente deberá cumplimentar:

- Si el intento según la declaración del deportista se efectuó dentro de la ventana de 1 hora declarada por el propio deportista.
- Dirección donde tuvo lugar el intento.
- Descripción del tipo de localización.
- Fecha del intento.
- Hora de llegada.
- Hora de cierre del intento.
- Descripción, lo más precisa posible, de los intentos efectuados, y de los hechos ocurridos.

6.4 Confirmación.

El Agente de Control de Dopaje deberá cumplimentar su nombre y apellidos, fechar y firmar el documento.

ANEXO VIII

Definiciones

1. ADAMS (Anti-Doping Administration and Management System): Entorno WEB desarrollado por la Agencia Mundial Antidopaje (AMA) al cual se accede mediante un sistema doble de identificación de alta seguridad. El entorno ha sido diseñado para facilitar la interacción, con diferentes niveles de acceso a deportistas, federaciones internacionales, organizaciones antidopaje nacionales y organizadores de grandes eventos con el fin de facilitar el intercambio de información dentro de un entorno seguro, y de este modo, dotar al sistema de más eficacia, y a su vez, facilitar a AMA su labor de monitorización de los programas antidopaje. Adams cumple con todos los estándares nacionales e internacionales de protección de datos.

2. Autoridad de Control: Organización signataria del código mundial antidopaje que es responsable de ordenar el control y de su correcto desarrollo en un evento deportivo o sobre un deportista específico.

3. Autoridad de Recogida de Muestras: Organización responsable de efectuar la toma de muestra según los estándares y normas nacionales e internacionales en vigor, y siguiendo las indicaciones de la Autoridad de Control.

4. Autoridad de Gestión de Resultados: Organización responsable de la gestión del resultado que informa el laboratorio acreditado por AMA para la muestra que fue solicitada por la Autoridad de Control.

5. Grupo Registrado de Control: Selección de deportistas efectuada por una Organización Antidopaje en base a criterios tasados de potencial riesgo de dopaje y que están sujetos a un programa de controles antidopaje fuera de competición, razón por la cual, los seleccionados tienen como obligación facilitar una localización que permita efectuar el control antidopaje sin previo aviso.

6. Localización: Conjunto de datos relativos a los deportistas a los que se ha notificado que pertenecen a un Grupo Registrado de Controles que incluyen la dirección, fechas por trimestre para el alojamiento nocturno, actividad de entrenamiento rutinario, programa de competiciones y ventana de control obligatoria de una hora.

7. Intento fallido: Toma de muestra en donde la Autoridad de Toma de muestra no ha sido capaz de efectuar la recogida de muestra por no estar presente el deportista en el lugar y hora de ventana para el control, dentro de la cual, se comprometió a estar disponible.

8. Pasaporte Biológico del deportista: Seguimiento longitudinal de parámetros hematológicos y esteroideos medidos en la muestra de sangre y orina respectivamente que fueron recogidas según los estándares Internacionales en vigor para Controles e Investigaciones y Laboratorios. Los datos son tratados dentro de ADAMS mediante un modelo matemático que permite predecir con diferentes grados de certeza estadística los valores esperados de futuros controles y por tanto valorar potenciales situaciones de consumo de sustancias prohibidas.