

Resolución de 14 de julio de 2010, de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueban los formularios para los controles de dopaje.

Ministerio de la Presidencia
«BOE» núm. 223, de 14 de septiembre de 2010
Referencia: BOE-A-2010-14132

TEXTO CONSOLIDADO Última modificación: sin modificaciones

El capítulo IV del Título IV del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, por el que se regulan los procesos de control de dopaje y los laboratorios de análisis autorizados y por el que se establecen medidas complementarias de prevención del dopaje y de protección de la salud en el deporte, modificado por Real Decreto 1462/2009, de 18 de septiembre, regula la realización de controles y toma de muestras.

En concreto, en el artículo 81 se establece que «los datos referentes al proceso de recogida de muestras se recogerán en el correspondiente Formulario de Control del Dopaje, que se establecerá por Resolución del Presidente del Consejo Superior de Deportes». En artículos siguientes van recogiéndose una serie de requisitos mínimos que deberá contener dicho formulario y que son recogidos en la presente Resolución.

Dado por otro lado que las muestras biológicas a analizar pueden ser tanto de orina como de sangre, y a efectos de simplificar los procedimientos, se entiende que la mejor opción es la aprobación de un único formulario de control tanto de orina como de sangre.

También con efectos de simplificación, en dicho formulario de control se incluye el formulario de notificación al deportista, con todos los requisitos exigidos en el Real Decreto.

Asimismo, en el artículo 93 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, se establece la existencia de un documento adjunto al formulario en el que puedan cumplimentarse diversas irregularidades. Esta práctica es habitual en los controles de dopaje que realizan organizaciones internacionales con competencias en la materia, por lo que se considera conveniente la aprobación de un formulario de información complementaria en el que tengan cabida cualquier comentario sobre el procedimiento que quiera hacer el deportista o los Agentes de Control de Dopaje.

Por otra parte, el artículo 103 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, prevé la existencia además de un formulario de transporte de las muestras, en el que se relacionarán los códigos de las muestras y el medio de transporte utilizado para el envío de las muestras al laboratorio que las vaya a analizar.

Y a su vez, el artículo 104 del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril establece también la competencia de la Presidencia del Consejo Superior de Deportes para aprobar el formulario de Cadena de Custodia, que debe ser cumplimentado tanto si las muestras son entregadas directamente al laboratorio por uno de los Agentes de control del dopaje como si son transportadas por una empresa de transporte.

También a efectos de simplificación, dichos datos se recogerán en un único Formulario de Transporte y Custodia de las muestras.


En base a todo lo anterior, se considera necesaria la aprobación de tres tipos de formularios: el Formulario de Control, recogido en el Anexo I, el Formulario de Información Complementaria, en el Anexo II, el Formulario de Transporte y Cadena de Custodia, en el Anexo III.

Asimismo, se procede a recoger en el anexo IV unas Instrucciones para la correcta cumplimentación de los formularios.

Cabe señalar por último, que los formularios han sido elaborados tomando como base los de la Agencia Mundial Antidopaje y que además del castellano, se ha utilizado el inglés.

Madrid, 14 de julio de 2010.–El Presidente del Consejo Superior de Deportes, Jaime Lissavetzky Díez.

ANEXO I



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

ORGANISMO RESPONSABLE DEL CONTROL
TEST AUTHORIZED BY

ORGANISMO QUE REALIZA EL CONTROL
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

FEDERACIÓN DEPORTIVA
SPORT FEDERATION

1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA • ATHLETE INFORMATION

APELLIDOS FAMILY NAME	NOMBRE GIVEN NAME	FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH	
NACIONALIDAD NATIONALITY	DEPORTE SPORT	IDENTIFICACIÓN DEL DEPORTISTA ATHLETE ID PROVIDED?	TIPO DE DOCUMENTO DOCUMENT TYPE
DIRECCIÓN ADDRESS	NÚMERO DE DOCUMENTO DOCUMENT NUMBER		
PAÍS • COUNTRY		TEL. CONTACTO (INCLUYENDO PREFIJO PAÍS) • CONTACT TEL (INCL. COUNTRY CODE)	
		E-CORREO • E-MAIL	

2. NOTIFICACIÓN • NOTIFICATION

TIPO DE CONTROL TYPE OF TEST REQUIRED	FECHA DATE	CIUDAD CITY	HORA TIME	DEHORA DELAY	HORA LIMITE DEAD LINE
--	---------------	----------------	--------------	-----------------	--------------------------

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO Y LEÍDO ESTA NOTIFICACIÓN, INCLUIDO EL TEXTO RELATIVO A LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL DEPORTISTA EN EL REVERSO DE LA COPIA DE NOTIFICACIÓN Y QUE CONSENSO EN SOMETERME AL CONTROL DEL DOPAJE PARA EL QUE SE ME REQUIERE ENTENDIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO O LA NEGATIVA A SOMETERME AL CONTROL PUEDE SER CONSTITUTIVO DE LA COMISIÓN DE UNA INFRACCIÓN EN MATERIA DE DOPAJE.
I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT ON THE OVERLEAF OF COPY 1, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLES AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).

NOMBRES DEL ASESOR/A COACH/CHAPERONE NAME	FIRMA DEL ASESOR/A COACH/CHAPERONE SIGNATURE
FIRMA DEL DEPORTISTA • ATHLETE'S SIGNATURE	

3. INFORMACIÓN DE LAS MUESTRAS • INFORMATION FOR ANALYSIS

FUERA DE COMPETICIÓN OUT OF COMPETITION	EN COMPETICIÓN IN COMPETITION	NOMBRE DE LA COMPETICIÓN COMPETITION NAME	HORA DE LLEGADA AL ÁREA DE CONTROL DE DOPAJE ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STATION	FECHA DEL CONTROL DATE OF TEST	GÉNERO GENDER
--	----------------------------------	--	--	-----------------------------------	------------------

MUESTRA 1 • SAMPLE 1 SANGRE/BLOOD N/A <input type="checkbox"/> A/B <input type="checkbox"/> CÓDIGO DE MUESTRA DE SANGRE • BLOOD SAMPLE CODE NUMBER	MUESTRA 2 • SAMPLE 2 A/B <input type="checkbox"/> CÓDIGO DE MUESTRA DE SANGRE • BLOOD SAMPLE CODE NUMBER
---	---

MUESTRA PARCIAL/ PARTIAL SAMPLE N/A <input type="checkbox"/> CÓDIGO DE MUESTRA PARCIAL PARTIAL SAMPLE NUMBER	VOL. (ml) <input type="text"/> CERRADO A LAS 18 HORAS TIME SEALED	VOL. (ml) <input type="text"/> CERRADO A LAS 18 HORAS TIME SEALED	VOL. (ml) <input type="text"/> CERRADO A LAS 18 HORAS TIME SEALED
--	---	---	---

ORINA/ URINE A/B <input type="checkbox"/> CÓDIGO DE MUESTRA DE ORINA • URINE SAMPLE CODE NUMBER	VOL. (ml) <input type="text"/> CERRADO A LAS 18 HORAS TIME SEALED	VOL. (ml) <input type="text"/> CERRADO A LAS 18 HORAS TIME SEALED	DENSIDAD SPECIFIC GRAVITY
--	---	---	------------------------------

MUESTRA ADICIONAL • ADDITIONAL SAMPLE N/A <input type="checkbox"/> A/B <input type="checkbox"/> CÓDIGO DE MUESTRA ADICIONAL • ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER	VOL. (ml) <input type="text"/> CERRADO A LAS 18 HORAS TIME SEALED	VOL. (ml) <input type="text"/> CERRADO A LAS 18 HORAS TIME SEALED	DENSIDAD SPECIFIC GRAVITY
--	---	---	------------------------------

DECLARACIÓN DE USO DE FARMACOS Y TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS: INDICAR LOS FARMACOS PRESCRIBIDOS O SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y EL MÉTODO PRESCRIBIDO POR EL. LOS GLUCOCORTICOIDES Y BETA-2AGONISTAS TOMADOS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (INDICANDO LAS DOSIS SI ES POSIBLE) Y CUALQUIER TRANSFUSIÓN RECIBIDA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOSTEROIDS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSAGE WHERE POSSIBLE) AND ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST 30 MONTHS.

ANT/TUE DU

FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
SUPPLEMENTARY REPORT FORM? N/A NÚMERO • NUMBER

FIRMA/SIGNATURE

4. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE SANGRE Y/O ORINA • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND /OR BLOOD TESTING

OBSERVACIONES: CUALQUIER OBSERVACIÓN O COMENTARIO DEBERÁ DE INDICARSE AQUÍ. SI ES NECESARIO SE CONTINUARÁ EN UN FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA.
COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
SUPPLEMENTARY REPORT FORM? N/A NÚMERO • NUMBER

DECLARO QUE EL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE MUESTRAS SE HA REALIZADO CONFORME AL PROCEDIMIENTO VIGENTE • I CERTIFY THAT SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES

TESTIGO DE RECOGIDA DE ORINA • URINE SAMPLE WITNESS NOMBRE • NAME <input type="text"/> FIRMA • SIGNATURE <input type="text"/>	TESTIGO DE RECOGIDA DE ORINA • URINE SAMPLE WITNESS NOMBRE • NAME <input type="text"/> FIRMA • SIGNATURE <input type="text"/>
--	--

AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE(SANGRE) • BLOOD COLLECTION OFFICER

NOMBRE • NAME FIRMA • SIGNATURE

ACOMPANANTE DEL DEPORTISTA • ATHLETE REPRESENTATIVE

NOMBRE • NAME CARGO • POSITION FIRMA • SIGNATURE

OFICIAL DE CONTROL DE DOPAJE • DOPING CONTROL OFFICER

NOMBRE • NAME FIRMA • SIGNATURE

FECHA
DATE

NOMBRE DE SALIDA • TIME OF COPY 1/2/3/4

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE DOCUMENTO ES CORRECTA. DECLARO QUE, DE ACUERDO CON LOS COMENTARIOS REALIZADOS EN LA SECCIÓN 4, LA RECOGIDA DE MUESTRAS SE HA REALIZADO DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO VIGENTE.
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.

FIRMA DEL DEPORTISTA
ATHLETE'S SIGNATURE

ORIGINAL - CSDS - BLANCO
ORIGINAL - ADD - WHITE

COPIA 1 - NOTIFICACIÓN AL DEPORTISTA - NARANJA
COPY 1 - ATHLETE NOTIFICATION - ORANGE

COPIA 2 - DEPORTISTA - ROSA
COPY 2 - ATHLETE - PINK

COPIA 3 - FEDERACIÓN - VERDE
COPY 3 - SPORT FEDERATION - GREEN

COPIA 4 - LABORATORIO - AZUL
COPY 4 - LABORATORY - BLUE

VERSIÓN 1.03-2016 CSDS HDSC
 Apartir de Versión 5.02-2000 WADA ANA

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

- Los datos recabados pasarán a formar parte de la Base de Datos de Control del dopaje, prevista en el artículo 5 de la Ley Orgánica 7/2006 y desarrollada en el Real Decreto 641/2009.
- La responsable de este fichero es la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje del Consejo Superior de Deportes. C/Martín Fierro, s/n, 28040 Madrid.
- Tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, ante el responsable del fichero.
- Deben ser cumplimentados todos los datos del anverso del formulario relativos a la Información del Deportista, a efectos de posteriores comunicaciones, teniendo la obligación de presentar documentación oficial para ser identificado. En caso de no hacerlo, puedo incurrir en la comisión de la infracción prevista en el artículo 14.1.c) de la Ley Orgánica 7/2006. Asimismo, también debe indicar, en su caso, los medicamentos que esté consumiendo, el responsable de su prescripción y el alcance temporal del tratamiento, de acuerdo con el artículo 50 del Real Decreto 641/2009.
- Todos mis datos relativos al control de dopaje podrán ser cedidos, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a organismos públicos o privados de los que España sea parte y que participen en la lucha contra el dopaje, de acuerdo con el art. 36 de la Ley Orgánica 7/2006.

DOPING CONTROL RELATED DATA

- The Doping Control related data on this form will be included in the "Doping Control Data Base", as provided by the Public Act 7/2006 art. 5 and developed by the R.D. 641/2009.
- The responsibility on this files is assumed by the Health and Doping Control and Supervision Committee of the Spanish High Council for Sport. C/Martin Fierro, s/n, 28040 Madrid.
- You have the right to access, modify, cancel and object the treatment of your data in accordance with the Personal Data Protection Public General Act 15/1999 before the responsible of the data base.
- All the Athlete Information related data on the front page should be completely filled in, for the purpose of subsequent communications. The athlete must produce appropriate identification. Athlete's failure can be considered as an antidoping rule violation as described by the L.O. 7/2006 art. 14.1.c). The athlete should also register any kind of medicine consumed, the responsibility on the prescription and the length of the treatment as described by the R.D. 641/2009 on its Art. 50.
- All the doping control related data to can be shared, as provided by the Public Act 15/1999 of Personal Data Protection, to any kind of public or private institution or which Spain takes part and whose aim is to fight the doping, as provided by the L.O. 7/2006 on its Art. 36.



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

ORGANISMO RESPONSABLE DEL CONTROL TEST AUTHORIZED BY	
ORGANISMO QUE REALIZA EL CONTROL SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	
FEDERACIÓN DEPORTIVA SPORT FEDERATION	

1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA • ATHLETE INFORMATION

APELLIDOS SURNAME	NOMBRE GIVEN NAME	FECHA DE NACIMIENTO DATE OF BIRTH
NACIONALIDAD NATIONALITY	DEPORTE SPORT	IDENTIFICACIÓN DEL DEPORTISTA ATHLETE ID PROVIDED?
DIRECCIÓN ADDRESS	NÚMERO DE DOCUMENTO DOCUMENT NUMBER	
PAÍS • COUNTRY		E-CORREO • E-MAIL
TEL. CONTACTO (INCLUYENDO PREFIJO PAÍS) • CONTACT TEL (INCL. COUNTRY CODE)		

2. NOTIFICACIÓN • NOTIFICATION

TIPO DE CONTROL TYPE OF TEST REQUIRED	FECHA DATE	Ciudad CITY	HORA TIME	DEMOORA DELAY	HORA LIMITE DEAD LINE
<p>RECONOZCO QUE HE RECIBIDO Y LEÍDO ESTA NOTIFICACIÓN, INCLUIDO EL TEXTO RELATIVO A LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL DEPORTISTA, EN EL REVERSO DE LA COPIA DE NOTIFICACIÓN Y QUE CONSENTO EN SOMETERME AL CONTROL DEL DOPAJE PARA EL QUE SE ME REQUIERE. ENTENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO O LA NEGATIVA A SOMETERME AL CONTROL PUEDE SER CONSTITUTIVO DE LA COMISIÓN DE UNA INFRACCIÓN EN MATERIA DE DOPAJE.</p> <p>I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT ON THE OVERLEAF OF COPY 1, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLES AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).</p>					
FIRMA DEL DEPORTISTA • ATHLETE'S SIGNATURE			FIRMA DEL ADOCSULTA DOPING CONTROL OFFICER SIGNATURE		

3. INFORMACIÓN DE LAS MUESTRAS • INFORMATION FOR ANALYSIS

[Redacted area for sample information]

4. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE SANGRE Y/O URINA • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND / OR BLOOD TESTING

[Redacted area for procedure confirmation]

ORIGINAL - CSDS - BLANCO ORIGINAL - ADO - WHITE COPIA 1 - NOTIFICACIÓN AL DEPORTISTA - NARANJA COPY 1 - ATHLETE NOTIFICATION - ORANGE COPIA 2 - DEPORTISTA - ROSA COPY 2 - ATHLETE - PINK COPIA 3 - FEDERACIÓN - VERDE COPY 3 - SPORT FEDERATION - GREEN COPIA 4 - LABORATORIO - AZUL COPY 4 - LABORATORY - BLUE VERSIÓN 1: 03-2010 CSDS-INDSCA A partir de Versión 5: 02-2010 WADA AMA

INFORMACIÓN AL DEPORTISTA

Has sido seleccionado para someterte a un control de dopaje, de acuerdo con los datos que figuran en el anverso de esta Notificación.

Tienes derecho a:

- Designar a un acompañante (tu médico, fisioterapeuta, entrenador o delegado). Si eres menor de edad, también podrá ser tu padre, madre o tutor.
- Ser informado de los límites esenciales del procedimiento y de sus consecuencias.
- Solicitar información adicional sobre la recogida de muestras.
- No someterte a la prueba, si existe justa causa, entendiendo por tal la imposibilidad de acudir, como consecuencia acreditada de lesión o cuando la sujeción al control, debidamente acreditada, ponga en grave riesgo la salud del deportista.
- Si eres discapacitado, solicitar las adaptaciones necesarias en la toma de muestras.
- Solicitar una cámara para someterte al control.
- Ser informado de que tus datos podrán ser cedidos a organismos públicos o privados de los que España sea parte y que participen en la lucha contra el dopaje, de acuerdo con el art. 36 de la Ley Orgánica 7/2006.

- Ser informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Tienes el deber de:

- Someterte al control y ser informado de que, en caso de no hacerlo, puedes incurrir en una infracción en materia de dopaje que lleva aparejada una sanción de privación de licencia federativa por un periodo de dos a cuatro años y, en su caso, multa de 3.001 a 12.000 euros.
- Permanecer en todo momento bajo la observación de los Agentes de Control de Dopaje designados para ello, desde la notificación hasta la finalización del proceso de recogida de muestras.
- Identificarte en cualquier momento ante el Agente de Control de Dopaje que lo solicite.
- Presentarte en el área de control del dopaje o en el lugar indicado para la recogida de muestras en las condiciones que indique el anverso de esta notificación.

ATHLETE INFORMATION

You have been selected for Doping Control in accordance with the information on the front page of this Notification.

You have the right to:

- A representative (your doctor, physiotherapist, coach or delegate). If you are a minor, this person could be your father/mother or legal representative.
- Ask for additional information about the sample collection process.
- To refuse the doping control if a "legitimate cause" exists, understanding by "legitimate" the impossibility to attend the doping control due to medical reasons such as a serious injury (properly accredited) or the possibility of health's risks.
- If you are an athlete with a disability, request modifications to the sample collection process.
- Request a delay in reporting to the doping control station for valid reasons providing you are chaperoned during the delay.
- Be informed that your personal data can be shared with any other public or private institution related with the fight against doping.

- Be informed that you have the right to access, modify, cancel and object the treatment of your data in accordance with the Personal Data Protection Public General Act 15/1999.

You have the responsibility to:

- Submit the sample collection and be informed that, in case of refusal, it can be considered as an anti-doping rule violation that shall result to a period of ineligibility from two to four years and a financial sanction of 3.001€ to 12.000€.
- Remain within the sight of sample collection personnel throughout the doping control process from notification until the end of the process.
- Produce appropriated identification.
- Report to the doping control station for testing attending the instructions given in this notification.



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

ORGANISMO RESPONSABLE DEL CONTROL
TEST AUTHORIZED BY

ORGANISMO QUE REALIZA EL CONTROL
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

FEDERACIÓN DEPORTIVA
SPORT FEDERATION

1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA • ATHLETE INFORMATION

APellidos
SURNAME

NOMBRE
GIVEN NAME

FECHA DE NACIMIENTO
DATE OF BIRTH

NACIONALIDAD
NATIONALITY

DEPORTE
SPORT

IDENTIFICACION DEL DEPORTISTA
ATHLETE ID PROVIDED?

NÚMERO DE DOCUMENTO
DOCUMENT TYPE

DIRECCIÓN
ADDRESS

NÚMERO DE DOCUMENTO
DOCUMENT NUMBER

PAÍS • COUNTRY

TEL. CONTACTO (INCLUYENDO PREFIJO PAÍS) • CONTACT TEL (INCL. COUNTRY CODE)

E-CORREO • E-MAIL

2. NOTIFICACIÓN • NOTIFICATION

TIPO DE CONTROL
TYPE OF TEST REQUIRED

FECHA
DATE

CUIDADO
CITY

HORA
TIME

DESLAZO
DELAY

FECHA DE VENCIMIENTO
DEAD LINE

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO Y LEÍDO ESTA NOTIFICACIÓN, INCLUIDO EL TEXTO RELATIVO A LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL DEPORTISTA. EN EL REVERSO DE LA COPIA DE NOTIFICACIÓN Y QUE CONSENTO EN SOMETERME AL CONTROL DEL DOPAJE PARA EL QUE SE ME REQUIERE, ENTENDIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO O LA NEGATIVA A SOMETERME AL CONTROL, PUEDE SER CONSTITUTIVO DE UNA INFRACCIÓN EN MATERIA DE DOPAJE.

I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT ON THE OVERLEAF OF COPY 1, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLES AS REQUESTED (I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION).

NOMBRE DEL ACO-ESCOLTA
DOPING OFFICER NAME

FIRMA DEL ACO-ESCOLTA
DOPING OFFICER SIGNATURE

FIRMA DEL DEPORTISTA • ATHLETE'S SIGNATURE

3. INFORMACIÓN DE LAS MUESTRAS • INFORMATION FOR ANALYSIS

FECHA DE COMPETICIÓN
DATE OF COMPETITION

EN COMPETICIÓN
IN COMPETITION

NOMBRE DE LA COMPETICIÓN
COMPETITION NAME

HORA DE LLEGADA AL ÁREA DE CONTROL DE DOPAJE
ARRIVE TIME AT DOPING CONTROL STATION

FECHA DEL CONTROL
DATE OF TEST

GÉNERO
GENDER

MUESTRA 1 • SAMPLE 1

SANGRE/BLOOD

N/A

A/B

CÓDIGO DE MUESTRA DE SANGRE • BLOOD SAMPLE CODE NUMBER

HORA • TIME

MUESTRA 2 • SAMPLE 2

A/B

CÓDIGO DE MUESTRA DE SANGRE • BLOOD SAMPLE CODE NUMBER

HORA • TIME

MUESTRA PARCIAL/
PARTIAL SAMPLE

N/A

CÓDIGO DE MUESTRA PARCIAL
PARTIAL SAMPLE NUMBER

VOL. (ml)

CERRADO A LAS HORAS
TIME CLOSED

INCALIBRE DEL DEPORTISTA
ATHLETE'S UNFITNESS

CÓDIGO DE MUESTRA PARCIAL
PARTIAL SAMPLE NUMBER

VOL. (ml)

CERRADO A LAS HORAS
TIME CLOSED

INCALIBRE DEL DEPORTISTA
ATHLETE'S UNFITNESS

ORINA/
URINE

A/B

CÓDIGO DE MUESTRA DE ORINA • URINE SAMPLE CODE NUMBER

VOL. (ml)

DESIENSO
SPECIFIC GRAVITY

1 0

MUESTRA ADICIONAL • ADDITIONAL SAMPLE

N/A

A/B

CÓDIGO DE MUESTRA ADICIONAL • ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER

VOL. (ml)

CERRADO A LAS HORAS
TIME CLOSED

DESIENSO
SPECIFIC GRAVITY

1 0

DECLARACIÓN DE USO DE FARMACOS Y TRANSFUSIONES SANGÜÍNEAS: INDICAR LOS FARMACOS PRESCRITOS O SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y EL MÉDICO PRESCRIPTOR. POR EJEMPLO: LOS GLUCOCORTICOSTEROIDES Y BETA-2-AGONISTAS TOMADOS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (INDICANDO LAS ODS) SI ES POSIBLE Y CUALQUIER TRANSFUSIÓN RECIBIDA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ANTES.

DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2-AGONISTS AND GLUCOCORTICOSTEROIDS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSE/ARE WHERE POSSIBLE) AND ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST 30 DAYS.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
SUPPLEMENTARY REPORT FORM?

SI

NÚMERO • NUMBER

FIRMA DEL DEPORTISTA
ATHLETE'S SIGNATURE

4. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE SANGRE Y/O URINA • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING

OBSERVACIONES: CUALQUIER OBSERVACIÓN O COMENTARIO DEBERÁ DE INDICARSE AQUÍ. SI ES NECESARIO SE CONTINUARÁ EN UN FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA.

COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
SUPPLEMENTARY REPORT FORM?

SI

NÚMERO • NUMBER

DECLARO QUE EL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE MUESTRAS SE HA REALIZADO CONFORME AL PROCEDIMIENTO VIGENTE. • I CERTIFY THAT SAMPLE COLLECTION WAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES

TESTIGO DE RECOGIDA DE ORINA • URINE SAMPLE WITNESS

NOMBRE • NAME

FIRMA • SIGNATURE

TESTIGO DE RECOGIDA DE SANGRE • BLOOD SAMPLE WITNESS

NOMBRE • NAME

FIRMA • SIGNATURE

AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE(SANGRE) • BLOOD COLLECTION OFFICER

NO

NOMBRE • NAME

FIRMA • SIGNATURE

ACOMPANANTE DEL DEPORTISTA • ATHLETE REPRESENTATIVE

NO

NOMBRE • NAME

CARGO • POSITION

FIRMA • SIGNATURE

OFICIAL DE CONTROL DE DOPAJE • DOPING CONTROL OFFICER

NOMBRE • NAME

FIRMA • SIGNATURE

FECHA
DATE

NOVA DE CALIBRE • TIME OF COMPETITION

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE DOCUMENTO ES CORRECTA. DECLARO QUE, DE ACUERDO CON LOS COMENTARIOS REALIZADOS EN LA SECCIÓN 4, LA RECOGIDA DE MUESTRAS SE HA REALIZADO DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO VIGENTE.

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.

FIRMA DEL DEPORTISTA
ATHLETE'S SIGNATURE

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

- Los datos recabados pasarán a formar parte de la Base de Datos de Control del dopaje, prevista en el artículo 5 de la Ley Orgánica 7/2006 y desarrollada en el Real Decreto 641/2009.
- La responsable de este fichero es la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje del Consejo Superior de Deportes. C/Martin Fierro, s/n, 28040 Madrid.
- Tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, ante el responsable del fichero.
- Deben ser cumplimentados todos los datos del anverso del formulario relativos a la Información del Deportista, a efectos de posteriores comunicaciones, teniendo la obligación de presentar documentación oficial para ser identificado. En caso de no hacerlo, puedo incurrir en la comisión de la infracción prevista en el artículo 14.1.c) de la Ley Orgánica 7/2006. Asimismo, también debe indicar, en su caso, los medicamentos que esté consumiendo, el responsable de su prescripción y el alcance temporal del tratamiento, de acuerdo con el artículo 50 del Real Decreto 641/2009.
- Todos mis datos relativos al control de dopaje podrán ser cedidos, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a organismos públicos o privados de los que España sea parte y que participen en la lucha contra el dopaje, de acuerdo con el art. 36 de la Ley Orgánica 7/2006.

DOPING CONTROL RELATED DATA

- The Doping Control related data on this form will be included in the "Doping Control Data Base", as provided by the Public Act 7/2006 art. 5 and developed by the R.D. 641/2009.
- The responsibility on this files is assumed by the Health and Doping Control and Supervision Committee of the Spanish High Council for Sport. C/Martin Fierro, s/n, 28040 Madrid.
- You have the right to access, modify, cancel and object the treatment of your data in accordance with the Personal Data Protection Public General Act 15/1999 before the responsible of the data base.
- All the Athlete Information related data on the front page should be completely filled in, for the purpose of subsequent communications. The athlete must produce appropriate identification. Athlete's failure can be considered as an antidoping rule violation as described by the L.O. 7/2006 art. 14.1.c). The athlete should also register any kind of medicine consumed, the responsibility on the prescription and the length of the treatment as described by the R.D. 641/2009 on its Art. 50.
- All the doping control related data to can be shared, as provided by the Public Act 15/1999 of Personal Data Protection, to any kind of public or private institution or which Spain takes part and whose aim is to fight the doping, as provided by the L.O. 7/2006 on its Art. 36.



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

ORGANISMO RESPONSABLE DEL CONTROL
TEST AUTHORIZER BY

ORGANISMO QUE REALIZA EL CONTROL
SAMPLE COLLECTION AUTHORITY

FEDERACIÓN DEPORTIVA
SPORT FEDERATION

1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA • ATHLETE INFORMATION

APELLIDOS
FAMILY NAME

NOMBRE
GIVEN NAME

FECHA DE NACIMIENTO
DATE OF BIRTH

DD MM AAAA

NACIONALIDAD
NATIONALITY

DEPORTE
SPORT

IDENTIFICACIÓN DEL DEPORTISTA
ATHLETE ID PROVIDED?

SÍ = SÍ / NO = NO

NÚMERO DE DOCUMENTO
DOCUMENT TYPE

DIRECCIÓN
ADDRESS

NÚMERO DE DOCUMENTO
DOCUMENT NUMBER

PAÍS • COUNTRY

TEL. CONTACTO (INCLUYENDO PREFIJO PAÍS) • CONTACT TEL (UNCL. COUNTRY CODE)

E CORREO • E MAIL

2. NOTIFICACIÓN • NOTIFICATION

TIPO DE CONTROL
TYPE OF TEST REQUIRED

FECHA
DATE

DD MM AAAA

CUIDADO
CITY

HORA
TIME

DEMOZA
DELAY

HEMIL/LÍMITE
DEAD LINE

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO Y LEÍDO ESTA NOTIFICACIÓN, INCLUIDO EL TEXTO RELATIVO A LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL DEPORTISTA. EN EL REVERSO DE LA COPIA DE NOTIFICACIÓN Y QUE CONSENTO EN SOMETERME AL CONTROL DEL DOPAJE PARA EL QUE SE ME REQUIERE, ENTENDIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO O LA NEGATIVA A SOMETERME AL CONTROL PUEDE SER CONSTITUTIVO DE UNA INFRACCIÓN EN MATERIA DE DOPAJE.
I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THIS NOTICE, INCLUDING THE ATHLETE RIGHTS AND RESPONSIBILITIES TEXT ON THE REVERSE OF COPY 1, AND I CONSENT TO PROVIDE SAMPLES AS REQUESTED IF I UNDERSTAND THAT FAILURE OR REFUSAL TO PROVIDE A SAMPLE MAY CONSTITUTE AN ANTI-DOPING RULE VIOLATION.

NOMBRE DEL ADESCOLTA
DOC/CHAPERONE NAME

FIRMA DEL ADESCOLTA
DOC/CHAPERONE SIGNATURE

FIRMA DEL DEPORTISTA • ATHLETE'S SIGNATURE

3. INFORMACIÓN DE LAS MUESTRAS • INFORMATION FOR ANALYSIS

FUERA DE COMPETICIÓN
OUT OF COMPETITION

EN COMPETICIÓN
IN COMPETITION

NOMBRE DE LA COMPETICIÓN
COMPETITION NAME

HORA DE LLEGADA AL ÁREA DE CONTROL DE DOPAJE
ARRIVAL TIME AT DOPING CONTROL STUDIO

FECHA DEL CONTROL
DATE OF TEST

DD MM AAAA

GÉNERO
GENDER

M H F

MUESTRA 1 • SAMPLE 1

SANGRE/BLOOD

N/A

A/B

CÓDIGO DE MUESTRA DE SANGRE • BLOOD SAMPLE CODE NUMBER

HORA • TIME

MUESTRA 2 • SAMPLE 2

A/B

CÓDIGO DE MUESTRA DE SANGRE • BLOOD SAMPLE CODE NUMBER

HORA • TIME

MUESTRA PARCIAL/
PARTIAL SAMPLE

N/A

CÓDIGO DE MUESTRA PARCIAL
PARTIAL SAMPLE NUMBER

VOL. (ML)

CERRADO A LAS HORAS
TIME (LOCAL)

INCLUIDO EN SOPORTE/ENCLOSURE (LOCAL)

CÓDIGO DE MUESTRA PARCIAL
PARTIAL SAMPLE NUMBER

VOL. (ML)

CERRADO A LAS HORAS
TIME (LOCAL)

INCLUIDO EN SOPORTE/ENCLOSURE (LOCAL)

ORINA/
URINE

A/B

CÓDIGO DE MUESTRA DE ORINA • URINE SAMPLE CODE NUMBER

VOL. (ML)

CERRADO A LAS HORAS
TIME (LOCAL)

DENSIDAD
SPECIFIC GRAVITY

1 0

MUESTRA ADICIONAL • ADDITIONAL SAMPLE

N/A

A/B

CÓDIGO DE MUESTRA ADICIONAL • ADDITIONAL SAMPLE CODE NUMBER

VOL. (ML)

CERRADO A LAS HORAS
TIME (LOCAL)

DECLARACIÓN DE USO DE MEDICAMENTOS Y TRANSFUSIONES SAN QUÍNICAS: INDICAR LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS/NO PRESCRITOS O SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y EL MÉDICO PRESCRIPTOR. POR EJ. LOS GLUCOCORTICOSTEROIDES Y BETA-2AGONISTAS TOMADOS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (INDICAR EN LAS OJOS SI ES POSIBLE) Y CUAL QUIERA TRANSFUSIÓN RECIBIDA EN LOS ÚLTIMOS 20 DÍAS.
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOSTEROIDS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSE/WHEN WHERE POSSIBLE) AND ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST 20 MONTHS.

ANTITÍPICO

DI

FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
SUPPLEMENTARY REPORT FORM?

SÍ

NÚMERO • NUMBER

1 0

FIRMA, SIGNATURE

4. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE SANGRE Y/O URINA • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND/OR BLOOD TESTING

OBSERVACIONES: CUALQUIER OBSERVACIÓN O COMENTARIO DEBERÁ DE INDICARSE AQUÍ. SI ES NECESARIO SE CONTINUARÁ EN UN FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA.
COMMENTS: ANY COMMENTS SHOULD BE NOTED HERE. IF NECESSARY CONTINUE ON A SUPPLEMENTARY REPORT FORM.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
SUPPLEMENTARY REPORT FORM?

SÍ

NÚMERO • NUMBER

DECLARO QUE EL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE MUESTRAS SE HA REALIZADO CONFORME AL PROCEDIMIENTO VIGENTE. • I CERTIFY THAT SAMPLE COLLECTION HAS CONDUCTED IN ACCORDANCE WITH THE RELEVANT PROCEDURES

TESTIGO DE RECOGIDA DE ORINA • URINE SAMPLE WITNESS

NOMBRE • NAME

FIRMA • SIGNATURE

MUESTRA ADICIONAL
ADDITIONAL SAMPLE

NO

TESTIGO DE RECOGIDA DE URINA • URINE SAMPLE WITNESS

NOMBRE • NAME

FIRMA • SIGNATURE

AGENTE DE CONTROL DE DOPAJE(SANGRE) • BLOOD COLLECTION OFFICER

NO

NOMBRE • NAME

FIRMA • SIGNATURE

ACOMPANANTE DEL DEPORTISTA • ATHLETE REPRESENTATIVE

NO

NOMBRE • NAME

CARGO • POSITION

FIRMA • SIGNATURE

OFICIAL DE CONTROL DE DOPAJE • DOPING CONTROL OFFICER

NOMBRE • NAME

FIRMA • SIGNATURE

FECHA
DATE

DD MM AAAA

HORA DE SALIDA • TIME OF COMPETITION

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE DOCUMENTO ES CORRECTA. DECLARO QUE, DE ACUERDO CON LOS COMENTARIOS REALIZADOS EN LA SECCIÓN 4, LA RECOGIDA DE MUESTRAS SE HA REALIZADO DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO VIGENTE.
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.

FIRMA DEL DEPORTISTA
ATHLETE'S SIGNATURE

ORIGINAL: CEESD - BLANCO
ORIGINAL - ADO - WHITE

COPIA 1: NOTIFICACIÓN AL DEPORTISTA - NARANJA
COPY 1 - ATHLETE NOTIFICATION - ORANGE

COPIA 2: DEPORTISTA - ROSA
COPY 2 - ATHLETE - PINK

COPIA 3: FEDERACIÓN - VERDE
COPY 3 - SPORT FEDERATION - GREEN

COPIA 4: LABORATORIO - AZUL
COPY 4 - LABORATORY - BLUE

VERSIÓN 1.03 2010 CEESD - INECS
A partir de Versión 5.02 2010 NADA ABA

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

- Los datos recabados pasarán a formar parte de la Base de Datos de Control del dopaje, prevista en el artículo 5 de la Ley Orgánica 7/2006 y desarrollada en el Real Decreto 641/2009.
- La responsable de este fichero es la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje del Consejo Superior de Deportes. C/Martin Fierro, s/n, 28040 Madrid.
- Tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, ante el responsable del fichero.
- Deben ser cumplimentados todos los datos del anverso del formulario relativos a la Información del Deportista, a efectos de posteriores comunicaciones, teniendo la obligación de presentar documentación oficial para ser identificado. En caso de no hacerlo, puedo incurrir en la comisión de la infracción prevista en el artículo 14.1.c) de la Ley Orgánica 7/2006. Asimismo, también debe indicar, en su caso, los medicamentos que esté consumiendo, el responsable de su prescripción y el alcance temporal del tratamiento, de acuerdo con el artículo 50 del Real Decreto 641/2009.
- Todos mis datos relativos al control de dopaje podrán ser cedidos, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, a organismos públicos o privados de los que España sea parte y que participen en la lucha contra el dopaje, de acuerdo con el art. 36 de la Ley Orgánica 7/2006.

DOPING CONTROL RELATED DATA

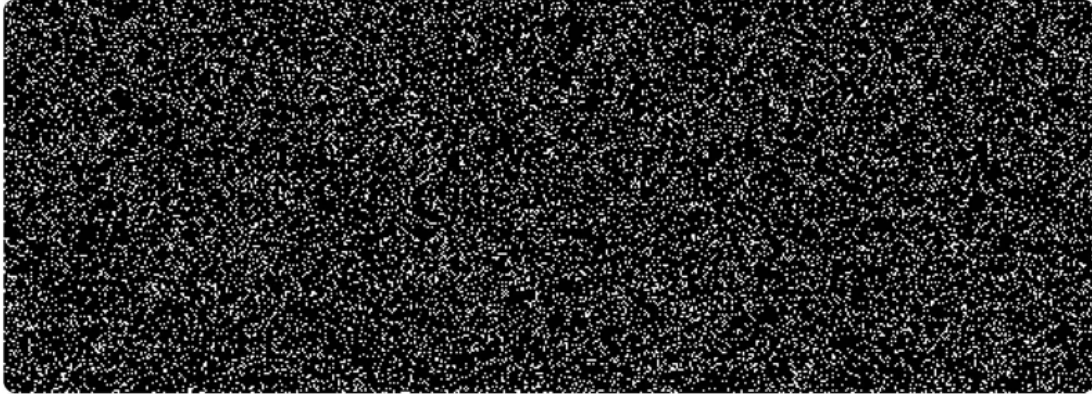
- The Doping Control related data on this form will be included in the "Doping Control Data Base", as provided by the Public Act 7/2006 art. 5 and developed by the R.D. 641/2009.
- The responsibility on this files is assumed by the Health and Doping Control and Supervision Committee of the Spanish High Council for Sport. C/Martin Fierro, s/n, 28040 Madrid.
- You have the right to access, modify, cancel and object the treatment of your data in accordance with the Personal Data Protection Public General Act 15/1999 before the responsible of the data base.
- All the Athlete Information related data on the front page should be completely filled in, for the purpose of subsequent communications. The athlete must produce appropriate identification. Athlete's failure can be considered as an antidoping rule violation as described by the L.O. 7/2006 art. 14.1.c. The athlete should also register any kind of medicine consumed, the responsibility on the prescription and the length of the treatment as described by the R.D. 641/2009 on its Art. 50.
- All the doping control related data to can be shared, as provided by the Public Act 15/1999 of Personal Data Protection, to any kind of public or private institution or which Spain takes part and whose aim is to fight the doping, as provided by the L.O. 7/2006 on its Art. 36.



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

ORGANISMO RESPONSABLE DEL CONTROL TEST AUTHORIZED BY	
ORGANISMO QUE REALIZA EL CONTROL SAMPLE COLLECTION AUTHORITY	
FEDERACIÓN DEPORTIVA SPORT FEDERATION	

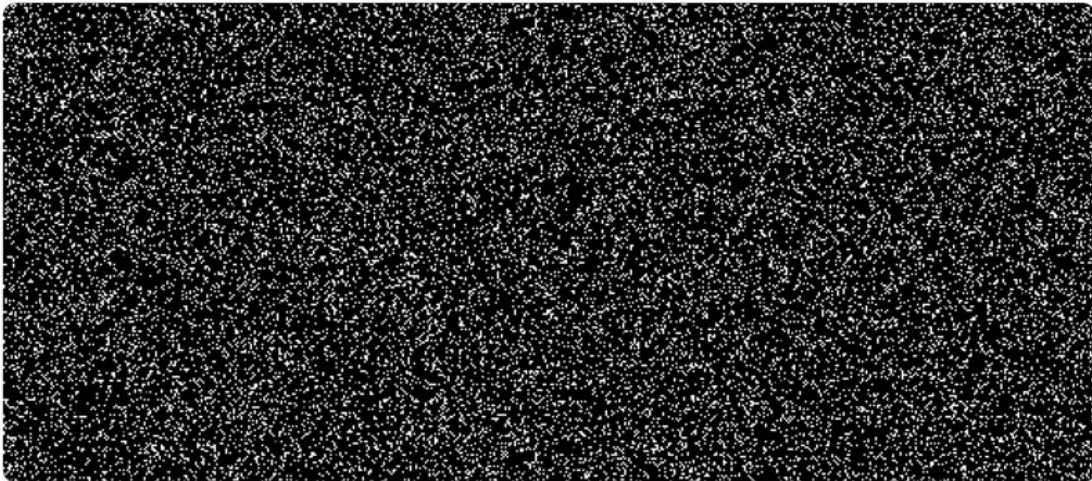
1. INFORMACIÓN DEL DEPORTISTA • ATHLETE INFORMATION



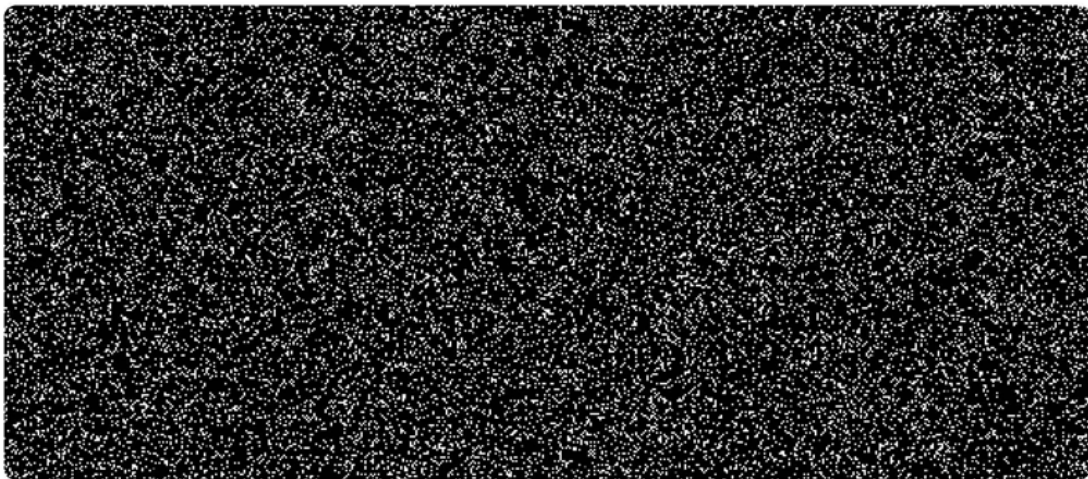
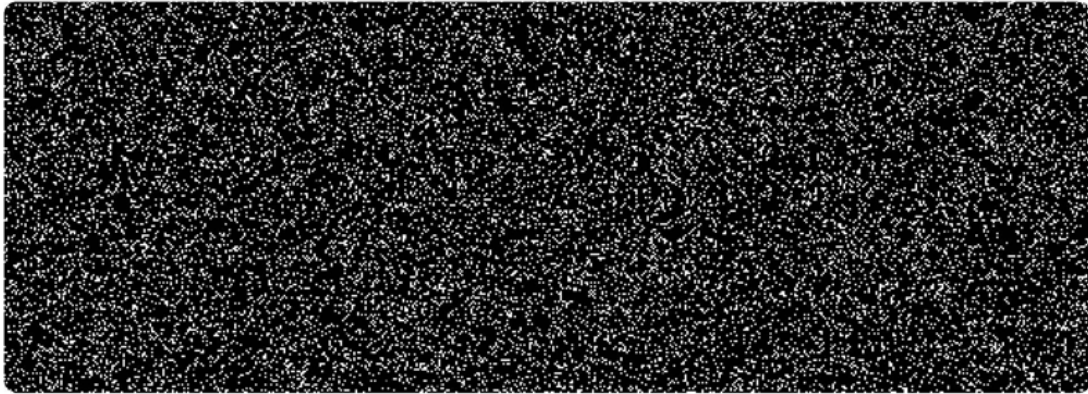
3. INFORMACIÓN DE LAS MUESTRAS • INFORMATION FOR ANALYSIS

FUERA DE COMPETICIÓN OUT OF COMPETITION <input type="checkbox"/>	EN COMPETICIÓN IN COMPETITION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE LA COMPETICIÓN COMPETITION NAME	FECHA DEL CONTROL DATE OF TEST	GÉNERO GENDER
MUESTRA 1 • SAMPLE 1		MUESTRA 2 • SAMPLE 2		
SANGRE/BLOOD		A/B		VOL. (ml)
ORINA/URINE		A/B		VOL. (ml)
MUESTRA ADICIONAL • ADDITIONAL SAMPLE		A/B		VOL. (ml)
DECLARACIÓN DE USO DE FARMACOS Y TRANSFUSIONES SANGREÑAS: INDICAR LOS FARMACOS PRESCRITOS O SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y EL MÉDICO PRESCRIPCIÓN. POR ELLOS GLUCOCORTICOSTEROIDES Y BETA-2 AGONISTAS TOMADOS EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (INDICANDO LAS DOSES SI ES POSIBLE) Y CUALQUIER TRANSFUSIÓN RECIBIDA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ANTES.				
DECLARATION OF MEDICATION USE AND BLOOD TRANSFUSIONS: LIST ANY PRESCRIPTION / NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS OR SUPPLEMENTS, FOR E.G. BETA-2 AGONISTS AND GLUCOCORTICOSTEROIDS, TAKEN OVER THE PAST 7 DAYS (INCLUDE DOSE WHERE POSSIBLE) AND ANY TRANSFUSIONS RECEIVED OVER THE LAST SIX MONTHS.				
AUT/THE <input type="checkbox"/>				
SI <input type="checkbox"/>				
FORMULARIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SUPPLEMENTARY REPORT FORM?				
FIRMA/SIGNATURE				

4. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE SANGRE Y/O URINA • CONFIRMATION OF PROCEDURE FOR URINE AND / OR BLOOD TESTING



ORIGINAL - CSDS - BLANCO ORIGINAL - ADD - WHITE
 COPIA 1 - NOTIFICACIÓN AL DEPORTISTA - BARAJA COPY 1 - ATHLETE NOTIFICATION - ORANGE
 COPIA 2 - DEPORTISTA - ROSA COPY 2 - ATHLETE - PINK
 COPIA 3 - FEDERACIÓN - VERDE COPY 3 - SPORT FEDERATION - GREEN
 COPIA 4 - LABORATORIO - AZUL COPY 4 - LABORATORY - BLUE
 VERSIÓN 1.00 2010 CSDS MDCSC Agente es versión 5.01 2010 WADA ANA



ANEXO III



**FORMULARIO DE TRANSPORTE
LABORATORY ADVICE FORM**

ORGANISMO RESPONSABLE DEL CONTROL/ TESTING AUTHORITY	<input type="text"/>
ORGANISMO DE RECOGIDA DE MUESTRAS/ SAMPLE COLLECTION AGENCY	<input type="text"/>

1. ÁREA DE CONTROL DE DOPAJE/ DOPING CONTROL STATION

OCD/ DCO Nombre/ Name	<input type="text"/>	Fuera de Competición/ Out of Competition	<input type="checkbox"/>	En Competición/ In Competition	<input type="checkbox"/>	DEPORTE/ SPORT	<input type="text"/>	
Lugar/ Test Location	<input type="text"/>	Competición/ Competition	<input type="text"/>					
N.º de Muestras/ Amount of Samples	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hora finalización/ Time Session	<input type="text"/>
	Orinal/ Urine	Sangre/ Blood	DD	MM	AAAA/ YYYY			

2. IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS/ SAMPLE CODES

Orinal/ Urine	EPO	Orinal/ Urine	EPO	Sangre/ Blood	HGH	TRANS	ZERA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transporte/ Mean of transport:

HBOC SCREEN

**NO ESCRIBIR EN LA
ZONA SOMBREADA.
DO NOT WRITE HERE**

**NO ESCRIBIR EN LA
ZONA SOMBREADA.
DO NOT WRITE HERE**



**CADENA DE CUSTODIA
CHAIN OF CUSTODY FORM**

ORGANISMO RESPONSABLE
DEL CONTROL/
TESTING AUTHORITY

ORGANISMO DE RECOGIDA DE
MUESTRAS/
SAMPLE COLLECTION AGENCY

1. ÁREA DE CONTROL DE DOPAJE/ DOPING CONTROL STATION

OCD/ DCO Nombre/ Name Fuera de Competición/ Out of Competition En Competición/ In Competition DEPORTE/ SPORT

Lugar/ Test Location Competición/ Competition

N.º de Muestras/ Amount of Samples Hora finalización/ Time Session

Orina/ Urine Sangre/ Blood DD MM AAAA/ YYYY

2. IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS/ SAMPLE CODES

Orina/ Urine	EPO	Orina/ Urine	EPO	Sangre/ Blood	HGH	TRANS	ZERA
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transporte/ Mean of transport:

HBOC SCREEN

3. ALMACENAMIENTO /CHANGE OF STORAGE

<p>Almacenamiento tras recogida/ Storage after collection <input type="text"/></p> <p>Fecha/ Date <input type="text"/> Hora/ Time <input type="text"/></p> <p>Almacenamiento/ Storage Conditions <input type="text"/> Firma OCD/ DCO Signature <input type="text"/></p> <p>Temperatura ambiente/ Room Temperature <input type="text"/></p> <p>Refrigerado/ Cool <0°C/below zero°C <input type="text"/></p>	<p>Almacenamiento #2/ Storage Location#2 <input type="text"/></p> <p>Fecha/ Date <input type="text"/> Hora/ Time <input type="text"/></p> <p>Almacenamiento/ Storage Conditions <input type="text"/> Firma OCD/ DCO Signature <input type="text"/></p> <p>Temperatura ambiente/ Room Temperature <input type="text"/></p> <p>Refrigerado/ Cool <0°C/below zero°C <input type="text"/></p>
<p>Almacenamiento #3/ Storage Location#3 <input type="text"/></p> <p>Fecha/ Date <input type="text"/> Hora/ Time <input type="text"/></p> <p>Almacenamiento/ Storage Conditions <input type="text"/> Firma OCD/ DCO Signature <input type="text"/></p> <p>Temperatura ambiente/ Room Temperature <input type="text"/></p> <p>Refrigerado/ Cool <0°C/below zero°C <input type="text"/></p>	<p>Almacenamiento #4/ Storage Location #4 <input type="text"/></p> <p>Fecha/ Date <input type="text"/> Hora/ Time <input type="text"/></p> <p>Almacenamiento/ Storage Conditions <input type="text"/> Firma OCD/ DCO Signature <input type="text"/></p> <p>Temperatura ambiente/ Room Temperature <input type="text"/></p> <p>Refrigerado/ Cool <0°C/below zero°C+ <input type="text"/></p>

4. TRANSFERENCIA AL LABORATORIO/ TRANSFER TO LABORATORY

SALIDA DE ALMACENAMIENTO FINAL HORA-FECHA DEPARTURE FROM FINAL STORAGE LOCATIPON TIME/DATE

DD MM AAAA/YYYY

DECLARACIÓN del OCD/DCO DECLARATION:
DECLARO LA ENTREGA DE LAS MUESTRAS INDICADAS ARRIBA Y EMPAQUETADAS POR MI PARA EL TRANSPORTE AL LABORATORIO DE/ I DECLARE THAT ALL THE ABOVE SAMPLES ARE PRESENT AND I HAVE PACKAGED THEM FOR TRANSPORTATION TO THE Laboratorio/ Laboratory

Transferencia por mensajero/ Transfer by courier

Empresa/Company name Carta de porte aéreo/ AirwaybillN.º

Nombre y firma/ Courier name and signature Comentarios/Comment:

Transferencia por otra vía/transfer by other means

Nombre y firma/ Name and Signature

En mano/ By hand Otro/ Other:

5. RECEPCIÓN POR EL LABORATORIO/ RECEIPT BY LABORATORY

Nombre y cargo del Receptor/ Name and Position of the Laboratory Representative:

Confirmando la recepción de las muestras empaquetadas I confirm that I have received the samples package today on: Fecha/ Date Hora/ Time

DD MM AAAA/YYYY

Corresponde la numeración de los kits recibidos con la de los indicados en este formulario/Do the C.N. of the kits correspond to those listed in 2. above:

¿Los Kits están intactos?/ Are the kits intact?:

Envío refrigerado/ refrigerated package?:

SI/ No Yes

Firma/Signature

COPIA 1: LABORATORIO (ADJUNTAR A LAS MUESTRAS)
COPIA 1: LABORATORY (TO BE SENT WITH THE SAMPLES)

COPIA 2: LABORATORIO/ COPIA 2: LABORATORY
COPIA 3: CCSSD/ COPIA 3: HDCSC

VERSION 1: 03-2010 CCSSD/HDCSC



**CADENA DE CUSTODIA
CHAIN OF CUSTODY FORM**

ORGANISMO RESPONSABLE DEL CONTROL/ TESTING AUTHORITY

ORGANISMO DE RECOGIDA DE MUESTRAS/ SAMPLE COLLECTION AGENCY

1. ÁREA DE CONTROL DE DOPAJE/ DOPING CONTROL STATION

OCD/ DCO Nombre/ Name Fuera de Competición/ Out of Competition En Competición/ In Competition DEPORTE/ SPORT

Lugar/ Test Location Competición/ Competition

N.º de Muestras/ Amount of Samples Hora finalización/ Time Session

Orina/ Urine Sangre/ Blood DD MM AAAA/ YYYY

2. IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS/ SAMPLE CODES

Orina/ Urine	EPO	Orina/ Urine	EPO	Sangre/ Blood	HGH	TRANS	ZERA
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transporte/ Mean of transport:

HBQC SCREEN

3. ALMACENAMIENTO /CHANGE OF STORAGE

<p>Almacenamiento tras recogida/ Storage after collection <input type="text"/></p> <p>Fecha/ Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora/ Time <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Almacenamiento/ Storage Conditions <input type="text"/> Firma OCD/ DCO Signature <input type="text"/></p> <p>Temperatura ambiente/ Room Temperature <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Refrigerado/ Cool <0°C/below zero°C <input type="checkbox"/></p>	<p>Almacenamiento #2/ Storage Location#2 <input type="text"/></p> <p>Fecha/ Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora/ Time <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Almacenamiento/ Storage Conditions <input type="text"/> Firma OCD/ DCO Signature <input type="text"/></p> <p>Temperatura ambiente/ Room Temperature <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Refrigerado/ Cool <0°C/below zero°C <input type="checkbox"/></p>
<p>Almacenamiento #3/ Storage Location#3 <input type="text"/></p> <p>Fecha/ Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora/ Time <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Almacenamiento/ Storage Conditions <input type="text"/> Firma OCD/ DCO Signature <input type="text"/></p> <p>Temperatura ambiente/ Room Temperature <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Refrigerado/ Cool <0°C/below zero°C <input type="checkbox"/></p>	<p>Almacenamiento #4/ Storage Location #4 <input type="text"/></p> <p>Fecha/ Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hora/ Time <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Almacenamiento/ Storage Conditions <input type="text"/> Firma OCD/ DCO Signature <input type="text"/></p> <p>Temperatura ambiente/ Room Temperature <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Refrigerado/ Cool <0°C/below zero°C+ <input type="checkbox"/></p>

4. TRANSFERENCIA AL LABORATORIO/ TRANSFER TO LABORATORY

SALIDA DE ALMACENAMIENTO FINAL/HORA-FECHA DEPARTURE FROM FINAL STORAGE LOCATIPON TIME/DATE

DD MM AAAA/YYYY

DECLARACIÓN del OCD/DCO DECLARATION: DECLARO LA ENTREGA DE LAS MUESTRAS INDICADAS ARRIBA Y EMPAQUETADAS POR MI PARA EL TRANSPORTE AL LABORATORIO DE/ I DECLARE THAT ALL THE ABOVE SAMPLES ARE PRESENT AND I HAVE PACKAGED THEM FOR TRANSPORTATION TO THE Laboratorio/ Laboratory

Transferencia por mensajero/ Transfer by courier

Empresa/Company name Carta de porte aéreo/ Airwaybill.N.º

Nombre y firma/ Courier name and signature Comentarios/Comment:

Transferencia por otra vía/transfer by other means

Nombre y firma/ Name and Signature

En mano/ By hand Otro/ Other:

5. RECEPCIÓN POR EL LABORATORIO/ RECEIPT BY LABORATORY

Nombre y cargo del Receptor/ Name and Position of the Laboratory Representative:

Confirmando la recepción de las muestras empaquetadas I confirm that I have received the samples package today on: Fecha/ Date Hora/ Time

DD MM AAAA/YYYY

Corresponde la numeración de los kits recibidos con la de los indicados en este formulario/Do the C.N. of the kits correspond to those listed in 2. above:

¿Los Kits están intactos?/ Are the kits intact?:

Envío refrigerado/ refrigerated package?:

Si/ No Yes

Firma/Signature

COPIA 1: LABORATORIO (ADJUNTAR A LAS MUESTRAS) COPY1: LABORATORY (TO BE SENT WITH THE SAMPLES)

COPIA2: LABORATORIO/ COPY2: LABORATORY COPIAS: CCSS3/ COPI3: HDCSC

VERSION 1: 03-2010 CCSSD/HDCSC

ANEXO IV

Instrucciones para cumplimentar los formularios

Formulario de control del dopaje

1. El formulario a utilizar en los controles del dopaje en competiciones oficiales de ámbito estatal o en los controles fuera de competición a deportistas con licencia para participar en

dichas competiciones es el incluido en el Anexo I de esta Resolución, con el Logotipo oficial del Consejo Superior de Deportes. Este formulario consta de cinco hojas autocopiativas, diferenciadas por colores, según el destinatario final, que serán las siguientes:

- a) Original, en color blanco, dirigido a la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje.
- b) Primera copia: Notificación, en color naranja, dirigida al deportista.
- c) Segunda copia, en color rosa, dirigida al deportista.
- d) Tercera copia, en color verde, dirigida a la Federación deportiva española correspondiente.
- e) Cuarta copia, en color azul, dirigido al laboratorio de control del dopaje.

2. El formulario debe ser cumplimentado sobre una superficie dura, en letras mayúsculas, debiendo cerciorarse, al escribir, de que los datos escritos sean legibles en todas las hojas.

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

4. El Agente de Control de Dopaje trazará una línea sobre cualquier parte del formulario que no sea aplicable, incluidas las casillas sin utilizar para la identificación de las muestras.

5. El Agente de control del dopaje responsable deberá cumplimentar todos los apartados, teniendo en cuenta lo siguiente:

Parte superior derecha del formulario.

a) Organismo responsable del control: Federación Deportiva Española o Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje.

b) Organismo que realiza el control: Federación deportiva española o Agencia Estatal Antidopaje.

Sección 1: Identificación del deportista.

- a) Es obligatorio cumplimentar todos los campos.
- b) La dirección del deportista es la de su domicilio habitual.
- c) La identificación del deportista se realizará mediante documento oficial que incluya nombre y fotografía.

Sección 2: Notificación.

La notificación deberá ser realizada de acuerdo con lo establecido en la Sección 5ª del Capítulo IV del Título IV del Real Decreto 641/2009, de 17 de abril, por el que se regulan los procesos de control del dopaje y los laboratorios de análisis autorizados, y por el que se establecen medidas complementarias de prevención del dopaje y de protección de la salud en el deporte, debiéndose entregar al deportista dicha notificación de acuerdo con lo específicamente establecido en el artículo 72 del Real Decreto 641/2009.

El Agente debe completar la información sobre el tipo de control (sangre, orina o ambas), fecha, lugar y hora de la práctica de la notificación.

El deportista será informado por el Agente de que en el reverso de la notificación se hallan descritos sus derechos y obligaciones en el procedimiento.

En caso de que el deportista solicite una demora para presentarse en el área de control del dopaje ésta debe ser concedida o denegada por el Oficial de Control del Dopaje. En caso de que éste no sea quien practique la notificación y si alguna de las circunstancias que permiten autorizar la demora impiden al deportista acudir al área de control a solicitarla al Oficial de Control de Dopaje, el Agente que realiza la notificación podrá, siempre que sea posible, comunicarse con el Oficial de manera que éste sea quien se dirija al lugar en que se encuentre el deportista para escuchar sus argumentos solicitando el retraso en la hora de presentación. Si así se concede, el Oficial además de hacer constar la hora máxima a la que se puede presentar en la casilla correspondiente, deberá justificar las razones de la demora en el Formulario de Información Complementaria.

El Agente cumplimentará su nombre y firmará la notificación.

Si expresamente el deportista se niega a recibir la notificación, se hará constar tal circunstancia y requiriendo a un testigo presencial para que se acredite este hecho.

Finalmente, el Agente entregará al deportista la parte superior de la copia de la notificación (en color naranja), rasgando el formulario y desechando el resto.

En caso de no localización del deportista, las cinco hojas del formulario, cumplimentadas en los apartados que sea posible, deberán ser remitidas por el Oficial del control del dopaje a la Federación deportiva española correspondiente, indicando en las observaciones este hecho.

Sección 3: Información para el análisis.

El Agente de Control de Dopaje deberá indicar si el control se realiza fuera de competición o en competición, en cuyo caso, deberá indicarse el nombre de la misma. Deberá asimismo marcar el sexo del deportista e indicar la fecha y hora del control.

Si no van a extraerse muestras de sangre, deberá marcarse la casilla «NO» y trazar una línea a lo largo de toda esa sección.

En el caso de muestras de orina, si no se precisan muestras parciales, deberá marcarse la casilla «NO» y trazar una línea a lo largo de toda esa sección.

Si no se han recogido muestras adicionales, deberá marcarse la casilla «NO» y trazar una línea a lo largo de toda esa sección. En caso de recogerse más de una muestra adicional, el Agente de Control de Dopaje debe cumplimentar los Formularios de control adicionales necesarios. El Agente de Control de Dopaje, en este caso, cumplimentará en el Formulario de Información Complementaria todos los códigos de muestras recogidos, consignando el hecho de que son muestras adicionales, y lo enviará al Laboratorio asegurándose de que no se contiene información sobre el deportista.

En los controles de orina, el deportista, bajo la observación directa del Agente de control del dopaje, verterá el correspondiente volumen de orina en los frascos A y B. Si el deportista delega en el Agente de control del dopaje para realizar dichas funciones, debe reseñarlo así en el formulario. Si el deportista es discapacitado, podrá delegar estas operaciones en su acompañante o en el Agente de control del dopaje siempre que formalice la correspondiente autorización en el formulario.

La hora final de recogida hace referencia al momento en que se han cerrado ambos frascos y se han comprobado sus códigos y su estanqueidad.

El deportista completará la casilla Declaración de Uso de Medicamentos y Transfusiones Sanguíneas. En caso de que el espacio sea insuficiente deberá hacerse uso del Formulario de Información complementaria. Deberá marcar asimismo, en su caso, la casilla de Declaración de Uso o AUT.

Sección 4: Confirmación del procedimiento.

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, firmándola. Si resultara necesario deberá redactar una declaración en el Formulario de Información complementaria, dando a conocer esta actuación marcándola en el correspondiente espacio. Si no se realiza ninguna observación, el Agente transcribirá «Sin Observaciones» en dicho apartado.

Si es necesario un Formulario de Información Complementaria en el recuadro correspondiente se marcará «SÍ» y se cumplimentará la numeración correspondiente al mismo.

Asimismo, en relación con la elección del material para la toma de muestras, si el deportista considera que el recipiente desechable o el material de extracción no reúne las condiciones de integridad necesarias y no le satisface, y el Oficial de control del dopaje no está de acuerdo, se deberá seguir con el proceso de recogida de muestras, indicando el Oficial de control del dopaje dichos motivos en el Formulario en el apartado de Observaciones y si no hubiera espacio suficiente en el Formulario de Información complementaria.

En relación con el materia de transporte para las muestras de sangre, si dicho material elegido por el deportista incluye etiquetas adhesivas codificadas, el deportista deberá verificar con el Oficial de control del dopaje que los códigos de estas etiquetas coinciden con los del contenedor de transporte. Caso de no coincidir, elegirá otro juego de transporte, consignándose esta circunstancia en el correspondiente formulario en el apartado de Observaciones.

Como declaración de conformidad con los datos que se hayan incluido en el formulario y con los procesos de recogida de muestras desarrollados, deberá firmar el testigo o testigos si ha habido más de uno, de la recogida directa de la orina. Si no ha participado ningún testigo, deberá marcarse la casilla «NO» y trazar una línea a lo largo de toda esa sección.

También, y en el caso de que haya asistido un acompañante del deportista, deberá consignarse su nombre y su condición y deberá firmar el formulario. En caso contrario, deberá marcarse la casilla «NO» y trazar una línea a lo largo de toda esa sección.

Asimismo, deberá identificarse y firmar el Agente de control del dopaje que haya extraído muestra de sangre. Si no se ha extraído sangre, deberá marcarse la casilla «NO» y trazar una línea a lo largo de toda esa sección.

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.

Finalmente, el Agente que haya actuado como Oficial de control de dopaje en el proceso deberá incluir su nombre y número de médico habilitado, rellenar la fecha y hora de finalización y una vez comprobada la idoneidad del formulario, firmar en el espacio habilitado para ello.

En caso de que el deportista no aceptara firmar esta declaración, el Oficial de control del dopaje reseñará esta circunstancia en el Formulario de Información complementaria, solicitando al deportista que justifique su negativa.

Una vez cumplimentado el formulario en su totalidad, el Oficial de control del dopaje le entregará la copia de color rosa al deportista, colocará la copia en color azul con las muestras para su envío al Laboratorio y remitirá el original en color blanco a la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje y la copia verde a la federación deportiva española correspondiente.

Formulario de información complementaria

En la parte superior derecha del Formulario se encuentra especificado el número del mismo, que será el que se haya consignado en el Formulario de Control, en caso de haberse hecho uso del mismo.

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

- a) Original (primera hoja, en color blanco) dirigido a la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje.
- b) Primera copia (segunda hoja, en color verde) dirigida a la Federación deportiva española correspondiente.
- c) Segunda copia (tercera hoja, en color rosa) para el declarante.

El formulario debe ser cumplimentado sobre una superficie dura, en letras mayúsculas, por uno de los Agentes de control del dopaje, en los apartados que conciernan. El declarante comunicará a dicho Agente lo que desee reseñar, firmando en el formulario, en los espacios establecidos para ello.

El Agente de control del dopaje que cumplimente el formulario deberá cerciorarse de que los datos inscritos sean legibles en todas las hojas.

En la Sección 1, deberá marcarse la casilla correspondiente a la persona que hace la declaración, que podrá ser bien cualquier Agente de Control del equipo de muestras, bien el propio deportista, su acompañante u otra persona que haya sido autorizada a estar presente en el control.

En la Sección 2, deberá marcarse la casilla correspondiente al objeto del formulario, entre las especificadas o consignarse otra diferente en el apartado Otros.

En la sección 3, deberá especificarse claramente y de manera legible, la información complementaria objeto del formulario.

Finalmente, en la sección 4, se consignará la fecha y hora, la identificación del declarante y su firma, así como la del Oficial de Control y su firma.

El Oficial de Control remitirá el formulario a la CCSSD y a la Federación deportiva junto al formulario de control y facilitará la copia correspondiente al declarante.

Formulario de transporte y cadena de custodia

El transporte de las muestras se deberá realizar de acuerdo con lo establecido en las secciones 10.^a y 11.^a del Capítulo IV del Título IV del Real Decreto 641/2009, donde se establece que para dicho transporte debe cumplimentarse un formulario que incluya los datos precisos de los códigos de las muestras y las condiciones del medio del transporte, y en la normativa complementaria.

El formulario de transporte deberá ser cumplimentado por el Oficial de Control del Dopaje que deberá estar debidamente identificado mediante su nombre y apellidos en el citado formulario.

El formulario de Transporte y Cadena de custodia consta de tres hojas autocopiativas:

a) Original (primera hoja, en color blanco) «Formulario de transporte» que acompañará a las muestras en la bolsa de transporte.

b) La segunda y la tercera, llamadas «Cadena de Custodia» que deberán de entregarse junto con las muestras en el laboratorio.

En caso de que en el control del dopaje se hayan tomado tanto muestras de orina como de sangre, en caso de ser diferente el transporte de unas y otras, se deberá cumplimentar un formulario por cada conjunto de muestras transportadas, es decir, uno para las muestras de sangre y otro para las de orina.

Terminado el procedimiento de toma de muestras, el oficial de control de dopaje deberá de rellenar todos los campos correspondientes a las secciones «1. Área de Control de Dopaje» y «2. Identificación de las muestras».

En esta Sección 2, para las muestras de orina, deberá marcarse la casilla EPO, en caso de solicitarse dicho análisis. Para las muestra de sangre, deberá determinarse qué parámetros debe analizar el laboratorio, teniendo en cuenta que HGH se refiere a Hormona del Crecimiento Humana; HBOC: Hemoglobina sintética; TRANS: Transfusiones sanguíneas; SCREEN: Perfil Hematológico; ZERA: EPO ZERA.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 103.2 del Real Decreto 641/2009, la copia número 1 del formulario deberá introducirse en un sobre cerrado con una leyenda de «información confidencial», el cual deberá ser firmado por todos los Agentes de Control del Dopaje presentes, incluido el propio Oficial. Dicho sobre se introducirá en el interior de la bolsa de transporte debidamente precintada.

Las copias dos y tres deberán de acompañar al transporte y reflejar en su apartado número tres los posibles cambios de almacenamiento, fecha hora y condiciones del mismo. A la llegada de las muestras al laboratorio el oficial de control de dopaje o el responsable del transporte en caso de ser realizado por una compañía de transporte autorizada deberán de rellenar el apartado «A. Transferencia al Laboratorio».

Entregadas las muestras en el laboratorio, la persona que recepciona las muestras deberá de comprobar el estado de las mismas y la veracidad de la información recogida en el formulario de transporte y cadena de custodia firmando en el recuadro correspondiente. Si la entrega es realizada por una empresa de transporte el responsable de la recepción de las muestras deberá indicar el número de albarán.

El Laboratorio hará llegar la copia número tres a la Comisión de Control y Seguimiento de la Salud y el Dopaje.

Este texto consolidado no tiene valor jurídico.