

Autorización Prueba de Dopaje

Autorización

Yo, _____, autorizo a la Federación Puertorriqueña de Karatè Do y/o a las personas designadas por estos, a obtener, analizar, y hacer uso apropiado de mi muestra de orina para detección de sustancias antisociales (cocaína, marihuana, opiáceos, etc.), según lo establecen las leyes estatales y federales.

Entiendo que estos resultados serán analizados en forma confidencial y ética. He sido informado que se proveerá al menos (1) una hora desde el primer intento de orinar, para donar una muestra de al menos 45 cc de orina. Si no tengo deseo de intentar, el tiempo permitido de una (1) hora comenzara a contar en el momento en que el colector me indique que haga ese primer intento. Se me dará la oportunidad en esa hora de ingerir por lo menos 20 onz. de agua y que no estoy obligado a ingerir si no es mi deseo. **NO PUEDO ABANDONAR EL AREA HASTA TANTO SE HALLA COMPLETADO EL PROCESO O ALLA TRANSCURRIDO LA HORA PERMITIDA.**

Entiendo que de resultar positiva la muestra seré notificado por el Presidente Federativo, Medico de la Federación y/o personal Federativo designado por estos para una entrevista con el propósito de discutir estos resultados. Entiendo que tengo derecho a pedir una segunda corroboración de mi muestra de orina y que se enviará a un laboratorio certificado por el COMITE OLIMPICO DE PUERTO RICO y que la misma será COSTEADA POR MI. Que de no proveer la muestra en el tiempo indicado o de abandonar el área de toma de muestra sin el permiso del personal autorizado se considerará esto como UN RECHAZO A SOMETERME A LA PRUEBA LO CUAL PUEDE TENER COSECUENCIAS ADVERSAS SOBRE MI PERSONA. Que de no poder donar la muestra por condición médica justificada notificaré al personal autorizado y/o colector.

Todo lo anterior se me ha explicado y yo lo he entendido, inclusive su riesgo, los cuales acepto sin limitación.

NOTA: SI NECESITA EXPLICACION ADICIONAL SOBRE EL CONTENIDO DE ESTA FORMA, FAVOR DE PREGUNTAR A ALGUN MIEMBRO DEL CONJUNTO DEL PERSONAL QUE ESTE ADMINISTRANDO ESTE EXAMEN.

NOMBRE

FIRMA

Fecha: _____

Hora: _____