MAZ | SUMMA

2447176

HOSPITAL MAZ / CENTROS MAZ

Nº de historia	Nº de episodio
2447176	4275668
Paciente GARCIA RUIZ, ESTHER	
Dirección CALLE LA PAZ 28 2 G, 50008 ZARAGOZA (ZARAGOZA)	

D/Dña, GARCIA RUIZ, ESTHER de 45 años de edad, con domicilio en CALLE LA PAZ 28 2 G, 50008 ZARAGOZA (ZARAGOZA)

Teléfono 659154075 y con DNI Nº 29127712Y

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, se le informa que **MAZ, M.C.S.S Nº11** como **responsable de tratamiento** podrá tratar sus datos con arreglo en el art. 6.1c) del citado RGPD para la gestión de prestaciones, previsiones estadísticas, prestarle un servicio adaptado a sus necesidades, así como gestionar la contabilidad y facturación. Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna cesión ni transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de nuestros centros o por mail electrónico dirigido a lopd@maz.es. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

Asimismo, con arreglo al art. 6.1a) con arreglo a la normativa señalada, autorizo a MAZ a tratar los datos con la finalidad de valoración de la satisfacción del usuario, docencia e investigación clínica. Sus datos podrán ser cedidos a terceros para la realización de encuestas de satisfacción de nuestros clientes. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de nuestros centros o por mail electrónico dirigido a lopd@maz.es. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es). Puede consultar nuestra política de privacidad en politica-de-privacidad (maz.es)

Información para pacientes de radiodiagnóstico

MAZ, M.C.S.S. nº 11 como **Responsable de tratamiento** podrá tratar sus datos con herramientas de inteligencia artificial para fines asistenciales. Este tratamiento basado en el cumplimiento de la obligación legal de MAZ de gestionar prestaciones asistenciales, pretende poder ofrecerle una mejora cualitativa del servicio dispensado. En cualquier caso, el uso de estas herramientas no sustituye el criterio de los profesionales sanitarios que le asisten en su proceso sino un elemento adicional que permita a los citados profesionales disponer de herramientas complementarias para la mejora del diagnóstico clínico. Podrá ejercer sus derechos (acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento, así como no ser objeto de decisiones automatizadas) conforme a la normativa señalada.

FIRMA:

En ZARAGOZA a 08 de octubre de 2025

Scanned with CamScanner

DECLARACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

Fecha asistencia: 08/10/2025 **Hora:** 18:17:25.1466667 **Nº Historia:** 2447176 **Nº Episodio:** 4275668

Nº Proceso: 6165282

1.- Datos Personales

Nombre y apellidos: ESTHER GARCIA RUIZ **Fecha nacimiento:** 03/11/1979

Dirección: CALLE LA PAZ Numero 28 Piso 2 Puerta G **Teléfono:** 659154075

Localidad: ZARAGOZA **Provincia:** ZARAGOZA **C.P.:** 50008

Num. DNI – NIE- Pasaporte: 29127712Y **Num. Afiliación Seguridad Social:** 50/10105444/57

2.- Datos de la Empresa

Razón Social: MARRIOTT PLASTICS SL **C.C.C:** 50 / 1189555 / 61 **Régimen S.S.:** 0111

Domicilio social: N. II, KM. 315 C.C. ENLACES

Centro de trabajo: N. II, KM. 315 C.C. ENLACES

L M X J V S D

Fecha Ingreso: **Horario de Trabajo:** **Días:**

Tipo contrato: INDEFINIDO.TIEMPO PARCIAL.ORDINARIO

Categoría profesional: TELEFONISTAS

3.- Datos del Accidente de Trabajo/Enfermedad Profesional

Fecha Accidente A. T.: 08/10/2025 **Hora Accidente:** 13:30:00

¿Ha recibido primera asistencia sanitaria en algún otro centro médico del S.P.S o de otra mutua por esta dolencia?: NO **Fecha De Asistencia:**

¿Causó baja médica? NO

Indicar el Centro Médico:

Descripción del Accidente: DE CAMINO A SU DOMICILIO SE HA CAIDO CON EL PATIN PORQUE HABIA UN HUECO EN EL SUELO Y HA PERDIDO EL CONTROL Y SE HA CHOCADO CONTRA UN ARBOL

CAMIONO DE LAS TORRES

¿Ha comunicado a su empresa su asistencia hoy a este centro? SÍ

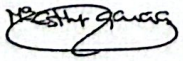
¿Aporta solicitud de asistencia de la empresa? NO

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, se le informa que MAZ, M.C.S.S Nº11 como responsable de tratamiento podrá tratar sus datos con arreglo en el art. 6.1c) del citado RGPD para la gestión de prestaciones, previsiones estadísticas, prestarle un servicio adaptado a sus necesidades, así como gestionar la contabilidad y facturación. Del mismo modo le informamos que no realizaremos ninguna transferencia internacional de datos a terceros, salvo imperativo legal y que sus datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades y atender los procesos de reclamación que se puedan presentar. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación del tratamiento, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, de manera presencial en cualquiera de nuestros centros o por mail electrónico dirigido a lopd@maz.es. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. (www.aepd.es)

Puede consultar nuestra política de privacidad en politica-de-privacidad (maz.es)

En ZARAGOZA, 8 de Octubre de 2025

Firma del solicitante:



Scanned with CamScanner

MAZ | suma

02447176

Nº Historia	Nº Episodio	Nº Urgencia
2447176	4275668	1333493

Fecha Urgencia: 08/10/2025
Hora: 18:18

Médico de urgencias
COLLOVINI FUENTES, FRANCIELY CELESTE

Médico asignado
SANZ BECERRIL, GONZALO

Apellidos, Nombre: GARCIA RUIZ, ESTHER

NIF/NIE: 29127712Y **T.Sanitaria:** AR200120619X **Edad:** 45
Domicilio: CALLE LA PAZ 28 2 G
Población: ZARAGOZA
Provincia: ZARAGOZA
Empresa: MARRIOTT PLASTICS SL
CCC: 50 1189555 61

ANTECEDENTES

NO ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA

ANAMNESIS

FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD, DE TRABAJO A CASA (IN ITINERE) EN PATINETE, DEBIDO A REPARACIONES DE LA VIA HA PRESENTADO CAIDA DEL PATINETE Y CHOQUE CONTRA UN ARBOL GOLPEANDOSE EN HOMBRO Y HEMITORAX DERECHO Y HEMATOM EN RODILLA IZQUIERDA

OCUPACION: COMERCIAL DE TELEFONIA
APORTA V.P.A

EXPLORACIÓN

COLLOVINI FUENTES FRANCIELY CELESTE

18:22 CONSCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA

CARDIOPULMONAR: TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES EN AMBOS HEMITORAX, SN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES

HOMBRO DERECHO: NO EQUIMOSIS NI DEFORMIDAD. DOLOR EN CABEZA DE HUMERO, DOLOR A LA FLEXION, ABDUCCION Y ROTACION EXTERNA, NO CREPITACION, SENSIBILIDAD CONSERVADA, JOBE (-), NEER (+/-), PATTE (-)

HUMERO DERECHO: NO EQUIMOSIS NI DEFORMIDAD. DOLOR A LA PALPACION EN 1/3 MEDIO A PROXIMAL DE HUMERO, DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION EN ULTIMOS GRADOS, NO CREPITACION, SENSIBILIDAD CONSERVADA.

ARCO COSTAL DERECHO: NO EQUIMOSIS NI DEFORMIDAD. DOLOR A LA PALPACION EN REGION ANTERIOR DE 4º-5º ARCO COSTAL, NO TECLA, NO CREPITACION, SENSIBILIDAD CONSERVADA.

RODILLA IZQUIERDA: SE EVIDENCIA EQUIMOSIS EN REGION ANTEROMEDIAL, DOLOROSA A LA PALPACION, CAJON ANTERIOR Y POSTERIOR NEGATIVOS, NO PELOTEO, NO DOLOR EN INTERLINEAS ARTICULARES MEDIAL NI LATERAL NI FOSA POPLITEA.

RX 2P RODILLA IZQUIERDA: SIN LESIONES OSEAS AGUDAS APARENTES
RX 2P HEMITORAX DERECHO: SIN LESIONES OSEAS AGUDAS APARENTES
RX 2P HOMBRO Y HUMERO DERECHO: DUDA EN CABEZA DE HUMERO DERECHO.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (CÓDIGO CIE)

S40.019A CONTUSIÓN DE HOMBRO NO ESPECIFICADO, CONTACTO INICIAL
S20.20XA CONTUSIÓN DE TÓRAX, NO ESPECIFICADA, CONTACTO INICIAL
S40.029A CONTUSIÓN DE BRAZO NO ESPECIFICADO, CONTACTO INICIAL
S80.00XA CONTUSIÓN DE RODILLA NO ESPECIFICADA, CONTACTO INICIAL

TRATAMIENTO

Prescripción	Posología	Int - horas	Duración	Advertencias
Vimovo 500/20 Mg Comprimido	1,00 CO	C/12H	5 Días	
Metamizol 575 Mg Capsula	575,00 mg	D-C-C	5 Días	

OBSERVACIONES:

URGENCIA VALORACION + ESTUDIO RADIOLOGICO + CELESTONE IM + OMEPRAZOL VO + KETOROLACO IM
APLICAR FRIO PROTEGIDO 10 MIN C/8H
VIMOVO C/12H + METAMIZOL C/8H
ACUDIR A CITA EL 16/10

EL DIAGNÓSTICO DE URGENCIAS NO ES DEFINITIVO, PUDIENDO SER MODIFICADO SEGUN LA EVOLUCIÓN O CON ESTUDIOS POSTERIORES

Scanned with CamScanner

MAZ | summa

SERVICIO URGENCIAS

A las 18:17 horas, del 08/10/2025, y por Franciely Celeste Collovini Fuentes, se ha prestado asistencia al paciente D./Dª. Garcia Ruiz, Esther, finalizando su asistencia a las 19:47 horas.

Zaragoza, a 8 de octubre de 2025

MAZ
SERVICIO MEDICO URGENCIAS

Scanned with CamScanner

PARTE MÉDICO DE BAJA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia:
Enfermedad común (EC) ☐ Accidente no laboral (ANL) ☐
Accidente de trabajo (AT) ☒ Enfermedad profesional (EP) ☐
Periodo de observación por enfermedad profesional ☐

MAZ | suma

DATOS DEL TRABAJADOR **SITUACIÓN:** ACTIVO ☒ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte
GARCIA	RUIZ	ESTHER	29127712Y

Nº de la Seg. Social	Domicilio Habitual: (Calle, Plaza ...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
5010103444457	CALLE LA PAZ	28			2	G

Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono Móvil	Teléfono Fijo
ZARAGOZA	ZARAGOZA	50008	659154075	

Nombre de la Empresa	Código Nacional de Ocupación (CNO)
MARRIOTT PLASTICS SL 50\01189555\61 Cod.reg. 0111	4423

Mutua	Puesto de Trabajo	Nº Tarjeta Sanitaria
MUTUA MONTAÑESA	TELEFONISTAS	AR200120619X

DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

DIAGNÓSTICO
CONTUSIÓN DE HOMBRO NO ESPECIFICADO, CONTACTO INICIAL

Código CIE-9 (Todas las contingencias): S23.00

CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL

Fecha de AT o EP: 08/10/2025 **Leve** ☒ **Grave** ☐ **Muy Grave** ☐

Código de Enfermedad Profesional: **Tipo de asistencia:** Ambulatoria ☒ Hospitalaria ☐

Código CIE-10 (Sólo en EP): S40.019A

Forma de Accidente: 31 - Golpe sobre o contra resultado de una caída del trabajador **Parte del cuerpo dañada:** 51 - Hombro y articulación del húmero **Tipo de Lesión:** 019 - Otros tipos de heridas y lesiones superficiales

TIPO DE PROCESO: Muy corto ☐ Medio ☐ Corto ☒ Largo ☐

DURACIÓN ESTIMADA: 10 días

FECHA PROXIMA REVISION:

PARTE DE BAJA ☒ **Fecha de la baja:** 08/10/2025

Recaída: SI ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída:

Fecha de baja del proceso anterior del que es recaída:

PARTE DE ALTA ☐ **Fecha del alta(1):**

P.9.(1) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de baja

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

MAZ SERVICIO MÉDICO URGENCIAS

Franciely Celeste Collovini Fuentes

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado: 5050175437

Nº de identificación del facultativo:

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐
Fallecimiento ☐
Propuesta de incapacidad permanente ☐
Nacimiento y cuidado del menor ☐
Incomparecencia ☐

RECUERDE: Si el INSS o la MUTUA, la cita a reconocimiento médico tiene la obligación de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el pago de su prestación será suspendido cautelarmente, en virtud de lo previsto en el art. 175.3 del Real Decreto Legislativo 8/2015.

Contra este acto podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.

En los casos de alta médica por contingencia profesional emitida por una mutua, podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social o podrá iniciar el procedimiento administrativo especial de revisión del alta ante la entidad gestora (INSS/ISM) competente en el plazo de diez días siguientes al de su notificación, con efecto suspensivo del alta, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre.

A QUIEN PERTENECE

☒ Mutua Montañesa ☐ MAZ ☐ umivale ☐ Mutua navarra ☐ MUTUABALEAR ☐ egarsat ☐ suma

De conformidad con el artículo 5 RD 625/2014 de 18 de julio, le comunicamos que el alta médica extingue el derecho a la incapacidad temporal con efectos del día siguiente a su emisión y determina la obligación de que el trabajador se reincorpore a su puesto de trabajo el mismo día en que produce sus efectos.

Origen: Número de Proceso: 6165282

Ejemplar para el TRABAJADOR

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 539947

PRESCRIPCIÓN

DPS

VIMOVO 500/20 MG COMPRIMIDO

1 CO Cada 12 horas durante 5 Días

Instrucciones al paciente

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE	Nº de Inscripción Seguridad Social
29127712Y	50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- ☐ Accidente de trabajo o EP
- ☐ Enfermedad común
- ☒ Otros

Indicaciones de facturación

A facturar a MUTUA MONTAÑESA

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Collovini Fuentes, Franciely
5050175437

ZARAGOZA, a 3de octubre de 2025

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunas, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

MAZ

Ejemplar para tramitar. Farmacia.

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 539946

PRESCRIPCIÓN

DPS

METAMIZOL 575 MG CAPSULA

575 mg DESAYUNO, COMIDA, CENA durante 5 Días

Instrucciones al paciente

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE	Nº de Inscripción Seguridad Social
29127712Y	50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- [ ] Accidente de trabajo o EP
- [ ] Enfermedad común
- [x] Otros

Indicaciones de facturación

A facturar a MUTUA MONTAÑESA

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Collovini Fuentes, Franciely
5050175437

ZARAGOZA, a 8 de octubre de 2025

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunos, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

MAZ

Ejemplar para tramitar. Farmacia.

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Garcia Ruiz, Esther

Hoja: 1

Nº Historia: 2447176

Telf. 976 50 69 49. Central de Citaciones.

LISTADO DE CITAS DE PACIENTE

17/10/2025
09:00
HOSPITAL MAZ
AVENIDA Academia General
Militar 74, 50015 ZARAGOZA
TAC
Diagnostico Por Imagen
Tac (Planta Baja)

Familias y Subfamilias:

(Tórax, Abdomen Y Pelvis Menor) Tórax Estándar

AYUNAS

22/10/2025
12:30
HOSPITAL MAZ
AVENIDA Academia General
Militar 74, 50015 ZARAGOZA
DR. GONZALO SANZ (EXTERNO)
Unidad De Medicina Asistencial
Cex Unidad Medicina Asistencial
(1º Planta)

Familias y Subfamilias:

(Consulta) Consulta Sucesiva

Fecha de Realización: 16 de octubre de 2025 9:27

Scanned with CamScanner

MAZ | summa

HOSPITAL MAZ ZARAGOZA

INFORME DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

PACIENTE: Garcia Ruiz, Esther
Hª CLÍNICA:
DR/A: Sanz Becerril, Gonzalo
FECHA INFORME: 17/10/2025
EXAMEN: CT SR TORAX OSEO

DATOS CLÍNICOS
Caida de patinete

TÉCNICA
TC de tórax sin civ, protocolo de despistaje de hallazgos postraumáticos. Se incluye el hombro derecho.

HALLAZGOS

Tórax
No hay fracturas costales ni vertebrales.
Parénquima pulmonar correctamente aireado sin nódulos, masas o consolidaciones.
No se objetiva derrame pleural ni pericárdico.
Abdomen superior sin alteraciones destacables con las limitaciones de un protocolo sin civ dirigido a descartar hallazgos postraumáticos.

Hombro derecho
Pequeña fractura cortical subcondral con mínimo hundimiento a nivel del troquíter.
Se recomienda ampliar el estudio con TC con campo de visión ajustado al hombro derecho para valorar mejor dicha fractura.

CONCLUSIÓN

Pequeña fractura cortical subcondral en el hombro derecho, con mínimo hundimiento, a nivel del troquíter.
Se recomienda ampliar el estudio con TC con campo de visión ajustado al hombro derecho para valorar mejor dicha fractura.

FDO:
Dr/a. Maria Jose Herraiz Bayod

COD. 05010627

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

HOSPITAL MAZ ZARAGOZA

INFORME DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

PACIENTE: Garcia Ruiz, Esther
Hª CLÍNICA:
DR/A: Herraiz Bayod, Maria Jose
FECHA INFORME: 20/10/2025
EXAMEN: CT SR HOMBRO DERECHO

DATOS CLINICOS: fractura

PROCEDIMIENTO: se realiza estudio axial TCMD de hombro con reconstrucciones MPR y 3D sin contraste

INFORME
Fractura de la región posterior del troquíter con ligero hundimiento e impactación del fragmento en el margen posterior del cuello anatómico.
Glena sin fractura.
Articulación acromio-clavicular sin alteraciones.

CONCLUSIÓN
Fractura del troquíter con ligero desplazamiento/impactación.

FDO:
Dr/a. Belen Martinez Perez

COPIA

COD. 05010627

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 557443

PRESCRIPCIÓN

DPS

TRAMADOL/PARACETAMOL 37,5/325
COMPRIMIDO

Nº de envases: 2

1 CO Cada 8 horas durante 2 Meses

Instrucciones al paciente

UNO o DOS CADA 8 HORAS, SI DOLOR.

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE: 29127712Y

Nº de Inscripción Seguridad Social: 50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- [ ] Accidente de trabajo o EP
- [ ] Enfermedad común
- [x] Otros

Indicaciones de facturación

A facturar a MUTUA MONTAÑESA

MAZ

26 NOV. 2025

REHABILITACIÓN

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Gonzalez Diez, Roque Felipe
5050063501

ZARAGOZA, a 26 de noviembre de 2025

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunos, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

CENTRAL DE CITACIONES

GARCIA RUIZ, ESTHER

Nº Historia: 2447176

CITACIÓN

TRAUMATOLOGIA

CEX TRAUMA 5

TRAUMATOLOGIA CONSULTA COLABORACION

FECHA: 06/11/2025 11:40

NOTA:

LE AGRADECEREMOS NOS COMUNIQUE CON ANTELACIÓN SI NO PUEDE ACUDIR A SU CITA.

TFNO DE CONTACTO: 976 50 69 49

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 552071

PRESCRIPCIÓN

Nº de envases: 1

DPS

TRAMADOL/PARACETAMOL 37,5/325
COMPRIMIDO

1 CO Cada 8 horas durante 2 Meses

Instrucciones al paciente

UNO o DOS CADA 8 HORAS, SI DOLOR.

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE	Nº de Inscripción Seguridad Social
. 29127712Y	50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- [ ] Accidente de trabajo o EP
- [ ] Enfermedad común
- [x] Otros

Indicaciones de facturación

MAZ
A facturar a MUTUA MONTAÑESA
12 NOV. 2025
REHABILITACIÓN

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Gonzalez Diez, Roque Felipe
5050063501

ZARAGOZA, a 12 de noviembre de 2025

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunos, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

0244717 6

DETALLE DE LA CITA

PILAR PLANAS

Centro: Hospital Maz

Dirección: Avenida Academia General Militar 74, 50015 ZARAGOZA

Servicio: Rehabilitacion Y M.Fisica **Sección:** Rehabilitacion

Agenda: Dr. Gonzalez

Sala: Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio

Fecha: 26/11/2025 **Hora:** 10:00

Id Cita: 10739673 **Episodio:** 4275668

Paciente: Garcia Ruiz, Esther **Episodio Hospital:** 1299402

Garante: Mutua Montañesa **Contrato:** Amat Contingencias Profesionales

Médico Peticionario: Gonzalez Diez Roque Felipe

Servicio Peticionario: Rehabilitacion Y M.Fisica

Centro Peticionario: Hospital Maz

Area Peticionaria: Consultas Externas

Familia	Subfamilia	Lado
Consulta	Consulta Sucesiva	

Firma:

Impreso el 12 de noviembre de 2025 8:59

Scanned with CamScanner

CENTRAL DE CITACIONES

GARCIA RUIZ, ESTHER

Nº Historia: 2447176

CITACIÓN

TRAUMATOLOGIA

CEX TRAUMA 9

TRAUMATOLOGIA SUCESIVA
CONSULTA AMBULATORIA

FECHA: 01/12/2025 10:10

NOTA:
LE AGRADECEREMOS NOS
COMUNIQUE CON ANTELACION SI NO
PUEDE ACUDIR A SU CITA.
TFNO DE CONTACTO: 976 50 69 49

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Garcia Ruiz, Esther

Hoja: 1

Nº Historia: 2447176

Telf. 976 50 69 49. Central de Citaciones.

LISTADO DE CITAS DE PACIENTE

01/12/2025 10:10 HOSPITAL MAZ AVENIDA Academia General Militar 74, 50015 ZARAGOZA DR. ALVAREZ SOLER (M. SUPERIOR) Traumatologia Cex Trauma 9	Familias y Subfamilias: (Consulta) Consulta Sucesiva
09/12/2025 11:00 HOSPITAL MAZ AVENIDA Academia General Militar 74, 50015 ZARAGOZA RESONANCIA MAGNETICA Diagnostico Por Imagen Resonancia Magnetica (Sotano -2)	Familias y Subfamilias: (Musculoesquelética - Hombro/Brazo) Hombro
15/12/2025 10:00 HOSPITAL MAZ AVENIDA Academia General Militar 74, 50015 ZARAGOZA DR. GONZALEZ Rehabilitacion Y M.Fisica Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio	Familias y Subfamilias: (Consulta) Consulta Sucesiva

Fecha de Realización: 26 de noviembre de 2025 10:11

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO para realización de RESONANCIA MAGNÉTICA

¿QUÉ ES UNA RESONANCIA MAGNÉTICA?

La Resonancia Magnética (RM, MR, o IRM) es una exploración que permite estudiar los órganos internos del cuerpo humano. El sistema se basa en la resonancia de las ondas de radio en el cuerpo humano, sometido a un intenso campo magnético, produciéndose señales de radio que permiten a ordenadores reconstruir en imágenes las estructuras internas de nuestro cuerpo. El aparato tiene forma de túnel con una camilla en la que se tiende el paciente.

¿SE UTILIZA MEDICACIÓN?

En algunos casos es necesario inyectar una sustancia de contraste en una vena del paciente durante la exploración. A veces es necesario usar sedación para que el paciente esté tranquilo durante la exploración. Esta sedación puede administrarse por vía oral o mediante una inyección

¿QUÉ PASARÁ DURANTE LA EXPLORACIÓN?

Después de desnudarse y ponerse una bata, el paciente pasará a la sala de exploración donde se colocará en la camilla de exploración. Si es necesario usar contraste o sedación endovenosos se le cateterizará una vena. Todos los pacientes que precisan sedación son controlados durante toda la exploración.

El paciente se introducirá en el túnel del aparato y empezará la exploración. Durante ésta se oirá el ruido de los pulsos de gradiente del campo magnético. Es importante que el paciente esté completamente quieto para obtener buenas imágenes.

La exploración completa durará unos 30 minutos en total. Si el paciente ha recibido sedación se le controlará hasta que esté despierto. Posteriormente el paciente podrá vestirse y marcharse para hacer vida normal.

¿CUÁNDO ESTARÁ EL RESULTADO?

La exploración y el informe radiológico los tendrá disponibles el día de la consulta con su médico.

¿CÓMO DEBE PREPARARSE EL PACIENTE PARA LA EXPLORACIÓN?

El paciente debe estar en ayunas si se necesita sedación o contraste endovenoso. En general, no es necesaria otra preparación especial. Algunos objetos metálicos (anillos, pendientes, piercings...) pueden ser atraídos por el imán de la RM, es por eso que es necesario, antes de realizar la exploración, desprenderse de ellos. Aquellos que entrañen dificultad para quitar, es mejor hacerlo en el domicilio.

¿HAY CONTRAINDICACIONES PARA SU REALIZACIÓN?

En el caso de que el paciente tenga historia previa de reacciones a medicamentos, alergias, asma o enfermedades graves, o sea portador de alguna prótesis u otro objeto metálico comuníquelo en el consentimiento informado y a la enfermera que lo atenderá. No hay ningún estudio que haya demostrado que la resonancia magnética produzca efectos secundarios en el feto. Sin embargo, se recomienda evitar la realización de la resonancia magnética en el primer trimestre del embarazo, por lo que también tenemos que saber si puede estar embarazada.

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa que MAZ, M.C.S.S. nº 11 como Responsable de tratamiento le informa que la finalidad del tratamiento de sus datos será la necesaria para poder dispensarle asistencia sanitaria así como las acciones vinculadas a ella como: gestión de citaciones, análisis y evaluación de pruebas diagnósticas, así como seguimiento y evolución médica. En cualquier caso se le informa que podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es.
Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO para realización de RESONANCIA MAGNÉTICA

Radiología - MAZ ID: 13580522

GARCIA RUIZ, ESTHER

Epi:4275668 Epi. Hospi:1299402 9/12/2025 11:00 Historia:2447176

Médico: GONZALEZ DIEZ, ROQUE FELIPE

Garante: MUTUA MONTAÑESA

Área: CONSULTAS EXTERNAS Serv. REHABILITACION Y

La Resonancia Magnética es una técnica de obtención de imágenes médicas muy segura. Unicamente en casos muy concretos puede ser peligrosa. Por eso es importante que conozcamos algunos datos sobre Vd:

SI	NO	PREGUNTA
	X	¿Lleva marcapasos cardiaco? ¡Puede pararse!
	X	¿Lleva implantes cocleares en el oído?
	X	¿Tiene alguna viruta o esquirla metálica en los ojos?
	X	¿Padece algún tipo de alergia? Especificar en observaciones en caso afirmativo.
X		¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? Especificar en observaciones en caso afirmativo.
		¿Si es Vd. mujer, tenemos también que saber si puede estar embarazada?

SI	NO	PREGUNTA
	X	¿Lleva clips en alguna arteria cerebral?
	X	¿Lleva otros implantes o prótesis metálicos?
	X	¿Lleva en el cuerpo otros objetos metálicos?
	X	¿Tiene miedo a estar en espacios cerrados?

Necesitamos saber su peso 85

Observaciones: Rodilla / muñeca / mano / cosera

¿Cuál es el día y hora de la próxima consulta con su médico? 15/12/2025

No dude en solicitar al personal de nuestro Servicio todas las aclaraciones que considere oportunas.

Autorización para la realización de Resonancia Magnética

Don/Doña: GARCIA RUIZ, ESTHER

Estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido aclarar todas las dudas planteadas **por lo que doy mi consentimiento para que se me realice la RM**, indicada por mi médico.

Firma del paciente.

Firma y DNI del representante legal

DNI:_____

Revocación de la autorización

Con fecha **revoco la autorización que presté** para que se me realice la RM indicada por mi médico.

Firma del paciente.

Firma y DNI del representante legal

DNI:_____

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa que MAZ, M.C.S.S. nº 11 como Responsable de tratamiento le informa que la finalidad del tratamiento de sus datos será la necesaria para poder dispensarle asistencia sanitaria así como las acciones vinculadas a ella como: gestión de citaciones, análisis y evaluación de pruebas diagnósticas, así como seguimiento y evolución médica. En cualquier caso se le informa que podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es.
Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

COD. 05010627

Scanned with CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO para realización de RESONANCIA MAGNÉTICA

Radiología - MAZ ID: 13580522

GARCIA RUIZ, ESTHER

Epi:4275668 Epi. Hospi:1299402 9/12/2025 11:00 Historia:2447176

Médico: GONZALEZ DIEZ, ROQUE FELIPE

Garante: MUTUA MONTAÑESA

Área: CONSULTAS EXTERNAS Serv. REHABILITACION Y

La Resonancia Magnética es una técnica de obtención de imágenes médicas muy segura. Unicamente en casos muy concretos puede ser peligrosa. Por eso es importante que conozcamos algunos datos sobre Vd:

SI	NO	PREGUNTA
	X	¿Lleva marcapasos cardiaco? ¡Puede pararse!
	X	¿Lleva implantes cocleares en el oído?
	X	¿Tiene alguna viruta o esquirla metálica en los ojos?
	X	¿Padece algún tipo de alergia? Especificar en observaciones en caso afirmativo.
X		¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica? Especificar en observaciones en caso afirmativo.
		¿Si es Vd. mujer, tenemos también que saber si puede estar embarazada?

SI	NO	PREGUNTA
	X	¿Lleva clips en alguna arteria cerebral?
	X	¿Lleva otros implantes o prótesis metálicos?
	X	¿Lleva en el cuerpo otros objetos metálicos?
	X	¿Tiene miedo a estar en espacios cerrados?

Necesitamos saber su peso 85

Observaciones: Rodilla / muñeca / mano / cornea

¿Cuál es el día y hora de la próxima consulta con su médico? 5/3/2/2025

No dude en solicitar al personal de nuestro Servicio todas las aclaraciones que considere oportunas.

Autorización para la realización de Resonancia Magnética

Don/Doña: GARCIA RUIZ, ESTHER

Estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido aclarar todas las dudas planteadas **por lo que doy mi consentimiento para que se me realice la RM**, indicada por mi médico.

Firma del paciente.

Firma y DNI del representante legal

DNI:_____

Revocación de la autorización

Con fecha _____ **revoco la autorización que presté** para que se me realice la RM indicada por mi médico.

Firma del paciente.

Firma y DNI del representante legal

DNI:_____

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa que MAZ, M.C.S.S. nº 11 como Responsable de tratamiento le informa que la finalidad del tratamiento de sus datos será la necesaria para poder dispensarle asistencia sanitaria así como las acciones vinculadas a ella como: gestión de citaciones, análisis y evaluación de pruebas diagnósticas, así como seguimiento y evolución médica. En cualquier caso se le informa que podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es.
Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

COD. 05010627

Scanned with CamScanner

MAZ | summa

HOSPITAL MAZ ZARAGOZA

INFORME DE DIAGNOSTICO POR LA IMAGEN

PACIENTE: Garcia Ruiz, Esther
Hª CLÍNICA:
DR/A: Gonzalez Diez, Roque Felipe
FECHA INFORME: 09/12/2025
EXAMEN: MR PR HOMBRO DERECHO

MOTIVO
Fractura de troquiter, de 7 semanas de evolucion, con dolor intenso. Buena movilidad; maniobras desencadenantes todas positivas (sobre todo subacromial, supraespinoso e infraespinoso, ¿edema óseo?).

TÉCNICA
RM hombro derecho.

INFORME

La articulación acromioclavicular tiene una morfología normal.

Fractura de troquíter con edema óseo residual (proceso de consolidación mal valorado en RM). Se observa lesión quística subyacente la cabeza humeral, de aproximadamente 14mm.

Aumento de señal en las fibras distales del supraespinoso y subescapular por tendinosis, sin imágenes de rotura.

Tendón del infraespinoso de características normales.

El tendón de la porción larga del bíceps presenta un grosor e intensidad de señal normales y está correctamente situado en la corredera bicipital.

La articulación glenohumeral es congruente y no se detectan lesiones de las superficies osteocondrales.

Leve derrame articular glenohumeral.

Hallazgos sugestivos de receso sublabral, sin otros hallazgos valorables en el labrum glenoideo.

CONCLUSIÓN

Fractura de troquíter con edema óseo residual (proceso de consolidación mal valorado en RM). Se observa lesión quística subyacente la cabeza humeral, de aproximadamente 14mm.
Tendinosis del supraespinoso y subescapular.
Leve derrame articular glenohumeral.

FDO:
Dr/a. Carolina Ospina Moreno

COD. 05010627

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

0244176

DETALLE DE LA CITA

Centro: Hospital Maz

Dirección: Avenida Academia General Militar 74, 50015 ZARAGOZA

Servicio: Rehabilitacion Y M.Fisica

Sección: Rehabilitacion

Agenda: Dr. Gonzalez

Sala: Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio

Fecha: 15/12/2025

Hora: 10:00

Id Cita: 10810118

Episodio: 4275668

Paciente: Garcia Ruiz, Esther

Episodio Hospital: 1299402

Garante: Mutua Montañesa

Contrato: Amat Contingencias Profesionales

Médico Peticionario: Gonzalez Diez Roque Felipe

Servicio Peticionario: Rehabilitacion Y M.Fisica

Centro Peticionario: Hospital Maz

Area Peticionaria: Consultas Externas

Observaciones: PENDIENTE RM

Familia	Subfamilia	Lado
Consulta	Consulta Sucesiva	

Firma:

Impreso el 26 de noviembre de 2025 9:59

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 563659

PRESCRIPCIÓN

Nº de envases: 1

DPS

CELECOXIB 200 MG CAPSULA (CELEBREX)

200 mg Cada 24 horas durante 1 Meses

Instrucciones al paciente

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE	Nº de Inscripción Seguridad Social
29127712Y	50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- ☐ Accidente de trabajo o EP
- ☐ Enfermedad común
- ☒ Otros

Indicaciones de facturación

A facturar a MUTUA MONTAÑESA

MAZ

15 DIC. 2025

REHABILITACIÓN

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Gonzalez Diez, Roque Felipe
5050063501

ZARAGOZA, a 15 de diciembre de 2025

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunos, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 571217

PRESCRIPCIÓN

Nº de envases: 1

DPS

CELECOXIB 200 MG CAPSULA (CELEBREX)

200 mg Cada 24 horas durante 1 Meses

Instrucciones al paciente

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE	Nº de Inscripción Seguridad Social
29127712Y	50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- [ ] Accidente de trabajo o EP
- [ ] Enfermedad común
- [x] Otros

Indicaciones de facturación

A facturar a MUTUA MONTAÑESA

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Gonzalez Diez, Roque Felipe
5050063501

MAZ
ENE. 2026

ZARAGOZA, a 13 de enero de 2026

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunos, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

0244717 6

DETALLE DE LA CITA

Centro: Hospital Maz

Dirección: Avenida Academia General Militar 74, 50015 ZARAGOZA

Servicio: Rehabilitacion Y M.Fisica **Sección:** Rehabilitacion

Agenda: Dr. Gonzalez

Sala: Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio

Fecha: 19/01/2026 **Hora:** 09:30

Id Cita: 10890633 **Episodio:** 4275668

Paciente: Garcia Ruiz, Esther **Episodio Hospital:** 1299402

Garante: Mutua Montañesa **Contrato:** Amat Contingencias Profesionales

Médico Peticionario: Gonzalez Diez Roque Felipe

Servicio Peticionario: Rehabilitacion Y M.Fisica

Centro Peticionario: Hospital Maz

Area Peticionaria: Consultas Externas

Familia	Subfamilia	Lado
Consulta	Consulta Sucesiva	

Firma:

Impreso el 15 de diciembre de 2025 10:05

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Garcia Ruiz, Esther

Hoja: 1

Nº Historia: 2447176

Telf. 976 50 69 49. Central de Citaciones.

LISTADO DE CITAS DE PACIENTE

19/01/2026
09:30
HOSPITAL MAZ
AVENIDA Academia General
Militar 74, 50015 ZARAGOZA
DR. GONZALEZ
Rehabilitacion Y M.Fisica
Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio

Familias y Subfamilias:

(Consulta) Consulta Sucesiva

23/01/2026
12:40
HOSPITAL MAZ
AVENIDA Academia General
Militar 74, 50015 ZARAGOZA
DR. LAZARO GARCIA
Traumatologia
Cex Trauma 4

Familias y Subfamilias:

(Consulta) Consulta Sucesiva Traumatologia

Fecha de Realización: 2 de enero de 2026 12:14

Scanned with CamScanner

CENTRAL DE CITACIONES

GARCIA RUIZ, ESTHER

Nº Historia: 2447176

CITACIÓN

TRAUMATOLOGIA

CEX TRAUMA 4

TRAUMATOLOGIA SUCESIVA
CONSULTA AMBULATORIA

FECHA: 06/02/2026 10:50

NOTA:
LE AGRADECEREMOS NOS COMUNIQUE CON ANTELACIÓN SI NO PUEDE ACUDIR A SU CITA.
TFNO DE CONTACTO: 976 50 69 49

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

0244176

DETALLE DE LA CITA

Centro: Hospital Maz

Dirección: Avenida Academia General Militar 74, 50015 ZARAGOZA

Servicio: Rehabilitacion Y M.Fisica **Sección:** Rehabilitacion

Agenda: Dr. Gonzalez

Sala: Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio

Fecha: 09/02/2026 **Hora:** 10:00

Id Cita: 11019222 **Episodio:** 4275668

Paciente: Garcia Ruiz, Esther **Episodio Hospital:** 1299402

Garante: Mutua Montañesa **Contrato:** Amat Contingencias Profesionales

Médico Peticionario: Gonzalez Diez Roque Felipe

Servicio Peticionario: Rehabilitacion Y M.Fisica

Centro Peticionario: Hospital Maz

Area Peticionaria: Consultas Externas

Familia	Subfamilia	Lado
Consulta	Consulta Sucesiva	

Firma:

Impreso el 19 de enero de 2026 9:45

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Garcia Ruiz, Esther

Hoja: 1

Nº Historia: 2447176

Telf. 976 50 69 49. Central de Citaciones.

LISTADO DE CITAS DE PACIENTE

09/02/2026
10:00
HOSPITAL MAZ
AVENIDA Academia General
Militar 74, 50015 ZARAGOZA
DR. GONZALEZ
Rehabilitacion Y M.Fisica
Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio

Familias y Subfamilias:

(Consulta) Consulta Sucesiva

18/02/2026
12:40
HOSPITAL MAZ
AVENIDA Academia General
Militar 74, 50015 ZARAGOZA
DRA. RUIZ DE LAS MORENAS (
U.M.SUPERIOR)
Traumatologia
Cex Trauma 7

Familias y Subfamilias:

(Consulta) Consulta Sucesiva

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 580990

PRESCRIPCIÓN

DPS

CELECOXIB 200 MG CAPSULA (CELEBREX)

200 mg Cada 24 horas durante 2 Meses

Instrucciones al paciente

Nº de envases: 1

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE: 29127712Y

Nº de Inscripción Seguridad Social: 50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- [ ] Accidente de trabajo o EP
- [ ] Enfermedad común
- [x] Otros

Indicaciones de facturación

A facturar a MUTUA MONTAÑESA

MAZ

09 FEB. 2026

REHABILITACIÓN

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Gonzalez Diez, Roque Felipe
5050063501

ZARAGOZA, a 9 de febrero de 2026

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunos, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 580990

PRESCRIPCIÓN

Nº de envases: 1

DPS

CELECOXIB 200 MG CAPSULA (CELEBREX)

200 mg Cada 24 horas durante 2 Meses

Instrucciones al paciente

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE	Nº de Inscripción Seguridad Social
29127712Y	50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- [ ] Accidente de trabajo o EP
- [ ] Enfermedad común
- [x] Otros

Indicaciones de facturación

A facturar a MUTUA MONTAÑESA

MAZ

19 FEB. 2026

REHABILITACIÓN

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Gonzalez Diez, Roque Felipe
5050063501

ZARAGOZA, a 9 de febrero de 2026

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunos, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

Garcia Ruiz, Esther Hoja: 1

Nº Historia: 2447176

Telf. 976 50 69 49. Central de Citaciones.

LISTADO DE CITAS DE PACIENTE

09/02/2026
10:00
HOSPITAL MAZ
AVENIDA Academia General
Militar 74, 50015 ZARAGOZA
DR. GONZALEZ
Rehabilitacion Y M.Fisica
Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio

Familias y Subfamilias:

(Consulta) Consulta Sucesiva

18/02/2026
12:40
HOSPITAL MAZ
AVENIDA Academia General
Militar 74, 50015 ZARAGOZA
DRA. RUIZ DE LAS MORENAS (
U.M.SUPERIOR)
Traumatologia
Cex Trauma 7

Familias y Subfamilias:

(Consulta) Consulta Sucesiva

MAZ | suma

Hoja informativa para el paciente

ATEP

Nº 580991

PRESCRIPCIÓN

Nº de envases: 1

DPS

TRAMADOL/PARACETAMOL 37,5/325
COMPRIMIDO

1 CO Cada 8 horas durante 2 Meses

Instrucciones al paciente

UNO o DOS CADA 8 HORAS, SI DOLOR.

Nombre	Apellidos	Año nacimiento
ESTHER	GARCIA RUIZ	1979

DNI o NIE	Nº de Inscripción Seguridad Social
29127712Y	50 10105444 57

Nº Episodio: 4275668
Nº Episodio Hospital: 1299402
Nº Expediente: 5194302
Nº Historia: 2447176

- ☐ Accidente de trabajo o EP
- ☐ Enfermedad común
- ☒ Otros

Indicaciones de facturación

A facturar a MUTUA MONTAÑESA

MAZ
19 FEB. 2026
REHABILITACIÓN

Facultativo:
NOMBRE APELLIDOS - Nº Colegiado Firma

Gonzalez Diez, Roque Felipe
5050063501

ZARAGOZA, a 9 de febrero de 2026

- Esta Receta caduca a los 10 días. No será válida con enmiendas o raspaduras. - El Beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

De conformidad con el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de estos, MCSS informa que en base a la ejecución de un contrato de prestación de servicios con Usted, sus datos son tratados con la finalidad de la prestación asistencial. Podrán ser cedidos exclusivamente a los estamentos oficiales públicos y/o entidades privadas oportunos, así como con las obligaciones legales adquiridas por la empresa. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de tratamiento dirigiéndose a lopd@maz.es. Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en nuestra web: http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx

Scanned with CamScanner

PARTE MÉDICO DE ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia:
Enfermedad común (EC) ☐ Accidente no laboral (ANL) ☐
Accidente de trabajo (AT) ☒ Enfermedad profesional (EP) ☐
Periodo de observación por enfermedad profesional ☐

MAZ | SUMMA Internacional

DATOS DELTRABAJADOR *SITUACIÓN:* ACTIVO ☒ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	DNI-NIE-Pasaporte
GARCIA	RUIZ	ESTHER	29127712Y

Nº de la Seg. Social	Domicilio Habitual: (Calle, Plaza ...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
501010544457	CALLE LA PAZ	28			2	G

Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono Móvil	Teléfono Fijo
ZARAGOZA	ZARAGOZA	50008	659154075	

Nombre de la Empresa	Código Nacional de Ocupación (CNO)
MARRIOTT PLASTICS SL 50|01189555|61 Cod.reg. 0111	4423

Mutua	Puesto de Trabajo	Nº Tarjeta Sanitaria
MUTUA MONTAÑESA	TELEFONISTAS	AR200120619X

RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO
CONTUSIÓN DE HOMBRO NO ESPECIFICADO, CONTACTO INICIAL

Código CIE-9 (Todas las contingencias)
923.00

CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL

Fecha de AT o EP 08/10/2025 Leve ☒ Grave ☐ Muy Grave ☐

Código de Enfermedad Profesional **Tipo de asistencia:** Ambulatoria ☒ Hospitalaria ☐

Forma de Accidente 31 - Golpe sobre o contra resultado de una caída del trabajador **Parte del cuerpo dañada** 51 - Hombro y articulación del húmero **Tipo de Lesión** 019 - Otros tipos de heridas y lesiones superficiales

Código CIE-10 (Sólo en EP)
S40.019A

TIPO DE PROCESO: Muy corto ☐ Medio ☐ Corto ☐ Largo ☒

DURACIÓN ESTIMADA
150 días

PARTE DE BAJA ☐ **Fecha de la baja** 08/10/2025

Recaída: SI ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída:

Fecha de baja del proceso anterior del que es recaída:

PARTE DE ALTA ☒ **Fecha del alta(1)** 23/02/2026

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

MAZ

18 FEB. 2026

Pilar Ruiz De Las Morenas
Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
5050166662

TRAUMATOLOGIA

Nº de identificación del facultativo

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒
Fallecimiento ☐
Propuesta de incapacidad permanente ☐
Nacimiento y cuidado del menor ☐
Incomparecencia ☐

P.9 (1) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de baja

RECUERDE: Si el INSS o la MUTUA, le cita a reconocimiento médico tiene la obligación de acudir. En caso de no comparecer, sin haber justificado su ausencia, el pago de su prestación será suspendido cautelarmente, en virtud de lo previsto en el art. 175.3 del Real Decreto Legislativo 8/2015.

Contra este acto podrá interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.

En los casos de alta médica por contingencia profesional emitida por una mutua, podra interponer reclamación previa a la vía judicial social, en el plazo de once días siguientes al de su notificación, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social o podrá iniciar el procedimiento administrativo especial de revisión del alta ante la entidad gestora (INSS/ISM) competente en el plazo de diez días siguientes al de su notificación, con efecto suspensivo del alta, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre.

A QUIEN PERTENECE

☒ Mutua Montañesa ☐ MAZ ☐ umivale ☐ Mutua navarra ☐ MUTUA BALEAR ☐ egarsat | SUMMA Internacional

De conformidad con el artículo 5 RD 625/2014 de 18 de julio, le comunicamos que el alta médica extingue el derecho a la incapacidad temporal con efectos del día siguiente a su emisión y determina la obligación de que el trabajador se reincorpore a su puesto de trabajo el mismo dia en que produce sus efectos.

Origen: Número de Proceso: 6165282

Ejemplar para el TRABAJADOR

Scanned with CamScanner

MAZ | suma

02447176

DETALLE DE LA CITA

Centro: Hospital Maz

Dirección: Avenida Academia General Militar 74, 50015 ZARAGOZA

Servicio: Rehabilitacion Y M.Fisica **Sección:** Rehabilitacion

Agenda: Dr. Gonzalez

Sala: Cex Rehabilitación 1 Jefe Servicio

Fecha: 02/03/2026 **Hora:** 10:00

Id Cita: 11124292 **Episodio:** 4275668

Paciente: Garcia Ruiz, Esther **Episodio Hospital:** 1299402

Garante: Mutua Montañesa **Contrato:** Amat Contingencias Profesionales

Médico Peticionario: Gonzalez Diez Roque Felipe

Servicio Peticionario: Rehabilitacion Y M.Fisica

Centro Peticionario: Hospital Maz

Area Peticionaria: Consultas Externas

Familia	Subfamilia	Lado
Consulta	Consulta Sucesiva	

Firma:

Impreso el 9 de febrero de 2026 9:58

Scanned with CamScanner