

#211158



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Zogelo Martínez Dr./a: Díaz

Fecha de solicitud _____

- Limpieza
- Ortopantomografía
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas _____

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
					24 distal OST simple	
					Controler Interprox de	
					44-45	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: Díaz