



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: J. MANUEL PARRA FERNANDEZ Dr./a: UXIA VAQUERO

Fecha de solicitud: 06/03/25

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

| Piezas | | | | | | Código de tratamiento | Observaciones |
|--------|----|----|----|----|----|-----------------------|---------------|
| 22 | 15 | 16 | 46 | 37 | 36 | 505 | |
| 22 | 15 | 16 | 46 | 37 | 36 | C/505 | |
| | | | | | | ELEVACION ABICURO | x/ |
| | | | 15 | 38 | 37 | EXTRACCION | |
| | | | 28 | 76 | 25 | RECONSTRUCCION | |
| | | | | | 22 | CARBA INMEDIATA | + HUESO O25. |
| | | | | | | Reco 15. | OPCION 2 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Prótesis

| Maxilar Superior | |
|------------------|--|
| Opción 1 | |
| Opción 2 | |
| Opción 3 | |

| Maxilar Inferior | |
|------------------|--|
| Opción 1 | |
| Opción 2 | |
| Opción 3 | |

Firma del Dr./a:

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.