



FR 6732

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: M<sup>a</sup> Carmen Suárez Alfonso Dr./a: R. Ramos  
 Fecha de solicitud 26.2.2025

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza              | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía     | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía      | <input type="checkbox"/> Análisis salival             |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____     |

| Piezas |  |  |  |  | Código Tratamiento        | Observaciones |
|--------|--|--|--|--|---------------------------|---------------|
|        |  |  |  |  | 24 OBT. COMP. O EXO + IOI |               |
|        |  |  |  |  | DESACONSEJAMOS CORONA     |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |
|        |  |  |  |  |                           |               |

### Prótesis

| Maxilar superior |  |
|------------------|--|
| Opción 1         |  |
| Opción 2         |  |
| Opción 3         |  |

| Maxilar inferior |  |
|------------------|--|
| Opción 1         |  |
| Opción 2         |  |
| Opción 3         |  |

Firma del Dr./a: