



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JESÚS COSTAS ALONSO.Dr./a: UXÍA VÁZQUEZFecha de solicitud 6/8/24

- |  |   |
|--|---|
| <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
					<del>23</del> <u>EXPLANTAR</u>	
					<u>23</u> <u>101 + PBCOR↑ + GADIT.</u> (piezas multiunit)	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: