



Fe 27/27

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: TI° Carmem Feijoa Soares Dr./a: Uxia

Fecha de solicitud 10/12/24

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza + <u>técns. HO</u> | <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

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: