



R2 11030

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Ana Belen Bernajo Resolado Dr./a: Ana Ramos

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <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
			14		Obt com (x obra)	adherida por de fragilidad de la pieza

### 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.