



**SOLICITUD DE PRESUPUESTO**

Paciente: Aurora Rdez Fdez Dr./a: Arenaz

Fecha de solicitud: 19/2/25

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza                     | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input checked="" 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 de tratamiento	Observaciones	
		27	26	17	16	4 implanto plasticas + ras	
						Tejido paladar x implant.	↓
						Sedación	
						4 injertos paladar (tejido conc. vacuum)	
						res inferiores.	
		45	42	32	35	res e implanto plasticas + fija nueva + <del>se usa de</del> se usa de provi su protesid	

**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.