

RN: 04572 .



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: YARA FERNÁNDEZ CASAL Dr./a: ALEJANDRO

Fecha de solicitud 18/12/27

- Limpieza
- Estudio implantológico
- Ortopantomografía
- Estudio de Biocompatibilidad
- Telerradiografía
- Análisis salival
- Estudio cefalométrico
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
			48.38.	Exo cordales incluidos		

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: