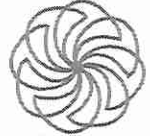


TR 9622


 EXÖ-HÖLLENBACK
 PASSION FOR THE PERFECTION

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

 Paciente: Dulce M^a Vázquez Serra

 Dr./a: R. Ramos Comesaña

 Fecha de solicitud: 25. 2. 2025

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía <u>TAC</u> | <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
		<u>15^D</u>	<u>27^H</u>	<u>36^H</u>	<u>46^D</u>	<u>OBT. Compuesta</u>
						<u>VER. -</u>
						<u>PROG DPICAC #26 Control.</u>
						<u>se aconseja IOI 25 (no quiere)</u>

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.