

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: AMPARO DAVILA ABALDE

Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud: 11/03/2025


- Limpieza
- Ortopantomografía 4ray + CBCT
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas _____

Piezas					Código de tratamiento	Observaciones
					35 ENDO BI + RELD	
					38 EXO (NO INCLUIDA)	(Va a SS)

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.