



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Amalia Barreiro Fernández Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud 10/2/25

- |                                                       |                                                       |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" 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 Tratamiento	Observaciones
				14	Obt simple	
				3545	Obt com (posible eudb)	
		4636	15		Coroimp	
					Fonla	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: