



Fr 08922

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Rosa Del Rio Rocha Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud 11/11/2024

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza   | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input 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
		4744		exo2	
		474644		Cor. inf + cor8	P.F de 4744 4746 4748
		38-		obtcom	

### Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: