RN 6644



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente:	ma Maria Hymas (art	ng Dr./a:
Fecha de so	licitud: 14/3/25		Davida
	Limpieza		Estudio implantológico
	Ortopantomografía		Estudio de Biocompatibilidad
	Telerradiografía		Análisis salival
	Estudio cefalométrico		Ausencia de piezas

Piezas				Código de tratamiento	Observaciones
			31	mento tejio o	arctio
				V. Comments	

Prótesis

Maxilar Superior				
Opción 1				
Opción 2				
Opción 3				

	Maxilar Inferior	
Opción 1		
Opción 2	1	4
Opción 3		111

Firma del Dr./a;