13003

EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Soha Banos Gonzalez Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud: 3/03/2025.

- [x] Limpieza
- [ ] Ortopantomografía
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas ___ ___ ___ ___ ___ ___

Piezas						Código de tratamiento	Observaciones
				28		Obtcompuesta o	
						exO	
						aconsejo extrancia.	
						BLAQ AMBULATORIO.	

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.