



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: LUIS BRAO RUIZ

Dr./a: ANA RAMOS

Fecha de solicitud 20/9/2024

- Limpieza
- Ortopantomografía + TAC + FOTOS.
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas _____

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
		48	47	EXO	
		26	47	101	
				RA2 ↑↓	
				ELEV. ABIERTA 2°	
		^{cuello} 21	46 ^m	OBTC	
				* AVISADO MAL PRONOSTICO 1° C FOCO PIEZA 17	
				* EXO 15x16 radic 17	
		18		EXORR	
		13		XTP + CORP + CORZ	
				101 14 y 16 + CORZ3	
		17		EXO	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: