



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Noel Rodríguez Col  
 Fecha de solicitud 10/09/24

Dr./a: R30

- Limpieza
- Ortopantomografía
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
			<del>3525</del>		
			3525	ORTOPANTO	40' 1º
				FOR.	2º scanner
					Prova +
					Limpieza

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: