EXO

6243
GB6243

# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Nélida Fernández Sanles Dr./a: R. Naya Torres

Fecha de solicitud 26.11.2024

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

| Piezas | | | | | | Código Tratamiento | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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.