



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: N^o DEL CARNEN RIVERA ALVAREZ Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud 19/09/24

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía | <input type="checkbox"/> Análisis salival |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____ |

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
13	11	24	23	22	21	EXO TODO	
				15	14	FUJA ↑ full.	quiere ↑ e ↓ (2) sedacion (2) Logan (2)
10 20						delecacion abierta bilateral	
41	42	43	44	45	48	ETAS ↓	
36	35	34	33	32	31		2 sedaciones L (una elev otra implantes)

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	Fija
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	Fija
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: