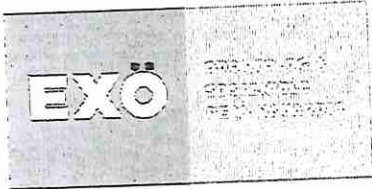


RN 08229.



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: CARLOS ALBINO BELTRAN Dr./a: ALEJANDRO

Fecha de solicitud 29/01/15

- Limpieza
- Ortopantomografía
- 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:

 **DR. FERNÁNDEZ TEZADO**
ODONTÓLOGO
 Colegiado No 36001705

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.