



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Pacient Fecha c	e: COOC	26/9/2	Domingl	rz Seac	apr./a: Paz	0
	☐ Limpieza☐ Ortopantomografía☐ Telerradiografía☐ Estudio cefalométrica		☐ Estudio implantológico ☐ Estudio de Biocompatibilidad ☐ Aná isis salival ☐ Ausencia de piezas		3	
1	Piezas		Código Tratamiento		Observacio	nes
		35 - 33	exo 2 Implan No guere		Compos 3	
48		Maxilar sup	erior	1		
esis	Opción 1	•		Opc ón 1	Maxilar inferior	
Prótes	Opción 2		и	Opc ón 2		
1	Opción 3			Opción 3		
				Firm a del l	Dr./a:	
PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN RESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.						