

8151



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MARIA JOSE ALFONSO CAD

Dr./a: SARA SANCHEZ

Fecha de solicitud 30/10/2024

- Limpieza
- Ortopantomografía + FOTOS + TA
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas _____

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
			36 24 22	ORTO	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: