



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ..... Dr./a: .....

Fecha de solicitud .....

- |  |   |
|--|---|
| <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
					EXPLANTACIÓN 46	vertical ioi 36, 46, 47 + 20G hueso y membrana
					+ ANÁLISIS	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: