



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Vicior Mercedes Urzuega Dr./a: Dña Ramos.

Fecha de solicitud: 11/03/2025

- Limpieza
- Ortopantomografía + TAC.
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas _____

Piezas				Código de tratamiento	Observaciones
			15	ex02 + Cor. imp	Difrido + elevación
		38	18 28	ex05	
			16 D	obt compuesta	
			25	erobmu erobbi + reco	
		-24	26	ex02 + 101 en 24 y 16 + cor123	
				Cor. imp	
		46	36	Cor. imp	
			21	corona dento	
			M	CARILLA	
			21	cementado	

Prótesis

Maxilar Superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar Inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

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