



RN09032

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ROSA PÉREZ ÁVILA Dr./a: UXIA VÁZQUEZ

Fecha de solicitud 5.12.24

- | | |
|--|---|
| <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
			21		ORT Complejo	
			11		ORT Simple	
		12, 13			EXO	
		13-12			ANADIR PIEZA (a su prótesis) metálica	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: