

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ROSA PEREZ ALVAREZ

Dr./a: ALEJANDRO

Fecha de solicitud 10/1/25

- | | |
|--|---|
| <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 _____ |

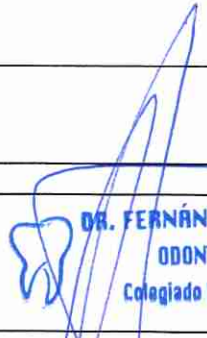
Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				17m	OBTU 2	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:


DR. FERNÁNDEZ TERZADO
 ODONTÓLOGO
 Colegiado N° 36881785