

FE 16023



### SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Dña Isabel Rodriguez Perez Dr./a: Dña Ramos.

Fecha de solicitud 21/10/2024.

- Limpieza
- Ortopantomografía
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
					46 Cor. imp	
		16	17		obt simple	
		18			exo 5 x caries	
			26		exo 2 + Cor. imp	
			36		exo 2 + Cor. imp	35, 36
					FEQUA ATM.	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: