EXO

~~AR~~ 16533

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Izan Márquez Glez **Dr./a:** M. Silva García

Fecha de solicitud 23-7-2024

- ☐ Limpieza
- ☐ Ortopantomografía
- ☐ Telerradiografía
- ☐ Estudio cefalométrico
- ☐ Estudio implantológico
- ☐ Estudio de Biocompatibilidad
- ☐ Análisis salival
- ☐ Ausencia de piezas _____

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
16	OBT. 2	

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.