EXO

613 8791

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: NINA PRESA Dr./a: SILVIA

Fecha de solicitud 20/08/2024

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

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
14	CORONA TEMPORAL PEEK	
13	0052	

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.