

26853



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Mano Rodriguez Dr./a: Pajo

Fecha de solicitud _____

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				12	OBTA7.	
				25	EXO + IOI	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: