Co4912



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente:	Vic	TOR		************************				Dr./a: PAZO .	
Fecha de solicitud									
Limpieza Ortopantomografía Telerradiografía Estudio cefalométrico						☐ Estudio implantológico ☐ Estudio de Biocompatibilidad ☐ Análisis salival ☐ Ausencia de piezas			
Piezas					Código Tratamiento			Observaciones	
				18	Exo.				
			21	MA	ORTC				
					V B Ia				
							===		
							_		
									- P
S	Maxilar sup				perior			Maxilar inferior	
S	Opción	1				C	pc ón 1	1	
Prótesis	Opción	2				C)pc ón 2	2	
4	Opción	3				0)pc ón 3	3	
						F	irm a de	el Dr./a:	B

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.