



50602

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MANUEL CASTRO RODRIGUEZ Dr./a: Alexandro

Fecha de solicitud _____

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				34	Obstrucción simple .v-	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: