



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: LAURA VILANOVA BENEDE.

Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud 4/9/24

- Limpieza  
 Ortopantomografía + TAC + FOTOS  
 Telerradiografía  
 Estudio cefalométrico  
 Estudio implantológico  
 Estudio de Biocompatibilidad  
 Análisis salival  
 Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
		<del>46</del>	46	<del>36</del>	36	OBTS
						#35 #45 vigiler.

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: