

RN 1059.



### SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: J. MANUEL ROMAN

Dr./a: UXIA JAZQUE

Fecha de solicitud: 20/02/25

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

Piezas						Código de tratamiento	Observaciones	
					34	EXTRACTION		
25	16	15	45	36	34	JOS		
25	16	15	45	36	35	C/JOS		
	21	11	42	41	31	32	OBT E	
	24							
							* RECOMENDAMOS ORTO .	

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.