



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: CONSOLACION ESTORIS FERNANDEZ Dr./a: ANA RADOS

Fecha de solicitud 31/1/25.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza                     | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía             | <input type="checkbox"/> Análisis salival             |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico        | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____     |

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones	
		33	32	31	42 41	ex02	
					34 35	ex02	
						6 J07 + fijo 6 + fresa	
						0	
						exod 100 + 4 J08 + pñi	
						0	
					35 42	ex02 + PEA 7	(46,45,44,43,42,35,36)

### Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: