

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Pablo Navas Barge

Dr./a: Alejandro Fdz

Fecha de solicitud 04/12/2024

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input 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
		24 d		Endo + reco	
		25 d		obt comp.	
		37 m		O. comp.	
		36		reco + Endo	
		46		reco + Endo	
		47 o		Obt comp	
12	22			obt comp.	
			11	Obt compuesta	
			21	Arilla de composite	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:



