



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ALFONSO NUÑEZ PRIETO.

Dr./a: SARA SOUTO

Fecha de solicitud 25/10/2024.

- | | |
|--|---|
| <input 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
				25 26	ELEVACIÓN TRAUMÁTICA + CORIMP		
				29	OBTSIMPLE		
				↑	FER ATM.		

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: