



GB 9254

# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: M<sup>o</sup> Soledad Martínez Martínez Dr./a: U. Siqueira Silva

Fecha de solicitud 2.12.2024

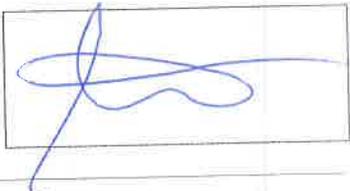
- Limpieza
- Ortodontografía
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
			47	46	RAS. QUIRURGICO + IMPLANTOPLASTIA	

**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.