



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: LUCÍA IGLESIAS SILVA

Dr./a: ANA RANOS

Fecha de solicitud 5/11/24

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" 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
				47	25 <sup>d</sup>	OBTC	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 