



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MARIO C. RODRIGUEZDr./a: DIANA PAZOFecha de solicitud 24/12/24

- |  |   |
|--|---|
| <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
				36	EXO + 101 (valorar al final)	
				46	101	
14°	24 <sup>m</sup>	23 <sup>d</sup>	25°	44 45	ORTS (2 citas 1H)	
					→ VALORAR CARILLAS AL FINAL DEL TTO.	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: