



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Mercedes Feijoo Álvarez Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud: 19/2/25

- Limpieza con anestesia
 Ortopantomografía + tac + fotos
 Telerradiografía
 Estudio cefalométrico
 Estudio implantológico
 Estudio de Biocompatibilidad
 Análisis salival
 Ausencia de piezas _____

| Piezas | | | | | Código de tratamiento | Observaciones |
|--------|--|----|----|-----------------|-----------------------|----------------------|
| | | 41 | 32 | 31 | 37 | EXO 11703 |
| | | | | 24 ^c | 23 ^c | obtsim |
| | | 41 | 32 | 31 | | anap + comp |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.