



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Ina Galinanes Romero Dr./a: Pazo  
 Fecha de solicitud: 3/9/24

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
					18 exocoronal.	
					15 Endobi + pack + reco.	
		24 <sup>D</sup>	23 <sup>D</sup>	46 <sup>D</sup> 46 <sup>M</sup>	obt Simp	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

--