

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: M^s Rose Repetto Docampo Dr./a: Ortiz

Fecha de solicitud 03/10/21

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

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
		Enviar caracas a labo por ajuste a F. opus
		Si no funciona:
		→ Injerto de conector → <u>Segunda op.</u>
		grues de 25-26

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 