

11320.



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: SARA DORRIO GUTIERREZ

Dr./a: ALEJANDRO.

Fecha de solicitud 31/10/124

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				152	Oclusión capreste	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

