



RN 11749

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JOSE CARLOS CRESPO RODRIGUEZ Dr./a: Alejandro Fdez  
 Fecha de solicitud: 13/11/2024

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

| Piezas |  |  |  |  |  | Código Tratamiento | Observaciones |
|--------|--|--|--|--|--|--------------------|---------------|
|        |  |  |  |  |  | Férula Descarga    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |  |  |                    |               |

**Prótesis**

| Maxilar superior |  | Maxilar inferior |  |
|------------------|--|------------------|--|
| Opción 1         |  | Opción 1         |  |
| Opción 2         |  | Opción 2         |  |
| Opción 3         |  | Opción 3         |  |

Firma del Dr./a: 

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.