



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ~~Ja~~ Antonio Reinaldo Dr./a: Ramos  
 Fecha de solicitud: 7-18-24

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
					24 Md Obt com	
					15 exo2 + cor: m	

## 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.