



RN 12080

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Irene Rodríguez Gutierrez Dr./a: Idel

Fecha de solicitud: 06/11/21

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía | <input type="checkbox"/> Análisis salival |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____ |

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
			11	dt. Simple	
			36	unilateral	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: