GV5889

EXÖ ODONTOLOGÍA SOSTENIBLE DE VANGUARDIA

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Miriam Gil Soto **Dr./a:** Plazo

Fecha de solicitud 15/10/2024

- [x] Limpieza
- [x] Ortopantomografía Loy + CBCT.
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas ___ ___ ___ ___ ___ ___

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
22 m	21 d	12 m	36 mo	46 do	47 m		
25 d	26 c		44 v	45 d			
35 d		17 v	14 m	11 md	24 d		
						15 visibr.	
						16 "	

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.