



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ROSA GARCÍA AGULLA Dr./a: SANCHEZ

Fecha de solicitud: 8/10/2024

- |  |   |
|--|---|
| <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
32	42	43	44	45	46	EXO simple	
33							

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	fija sup 6 ioi con elevaciones 1 y 2º cuantito
Opción 2	sobredentadura con barra 4 ioi
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	fija 6 ioi inf
Opción 2	sobredentadura sin barra, 4 locfor + 4 ioi
Opción 3	

Firma del Dr./a: 