



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ROSA FERNANDEZ SANTIAGO Dr./a: VIZCARRA

Fecha de solicitud 19/01/2024

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

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
	16	15	26	27	10		
			410		EUU - SENO 2º CUADRANTE		
				33	exo		
	46	33	86	35	10		

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	10
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: