



RN 12177

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JUAN GABRIEL DIAZ PORTIA Dr./a: ALEJANDRO

Fecha de solicitud _____

- | | |
|--|---|
| <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
		Opch	25	Obtención 2	
		Opch	25	Eyo	
		Opch	25	Anadir PRA	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:


DR. FERNÁNDEZ TERZAO
 ODONTÓLOGO
 Colegiado Nº 36001705