



RN 12177

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JUAN GABRIEL DIEZ PORTA Dr./a: ALEJANDRO

Fecha de solicitud _____

- Limpieza
- Ortopantomografía
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- 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 TERZATO
ODONTÓLOGO
Colegiado Nº 36001705