

18902



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: RENEIDOS PEREZ PEREZ Dr./a: VAZQUEZ

Fecha de solicitud 19 / 11 / 2024

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

| Piezas | | | | | Código Tratamiento | Observaciones |
|--------|--|--|-------|--|--------------------|---------------|
| | | | | | tes 1 | |
| | | | | | | |
| | | | 16 14 | | IOI | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Prótesis

| Maxilar superior | |
|------------------|--|
| Opción 1 | |
| Opción 2 | |
| Opción 3 | |

| Maxilar inferior | |
|------------------|--|
| Opción 1 | |
| Opción 2 | |
| Opción 3 | |

Firma del Dr./a: 