



FR18949

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: SERGIO ALONSO DOMINGUEZ Dr./a: PAZO

Fecha de solicitud 4/2/25

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía + CBCT + FOTOS | <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
	13 ^d 14 ^m	OBT S	
		15 eto + implante + corona + provisional	
	27 26	eto + implante + coronas	
	20	20 derivación cerrada	
		Vigilar 24 ^d	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: