



603715

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Vanessa Veizques Varela Dr./a: Sinchen

Fecha de solicitud 12/02/24

- | | |
|--|---|
| <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
				36 85	OBT 1	
					RAR abierto 3 cuadrantes (2° 3° 4°)	
					RAR cerrado 1 cuadrante (1°)	
					↳ incluye patigeno	

Prótesis

	Maxilar superior
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

	Maxilar inferior
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 