GB 98-12

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Nerea Caride González Dr./a: R. Naya Tores

Fecha de solicitud 28 / 1 / 2025

- [x] Limpieza
- [x] Ortopantomografía
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas ___ ___ ___ ___ ___ ___

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
46	OBT simple	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.