EXÖ ODONTOLOGÍA SOSTENIBLE DE VANGUARDIA

Fn 19083

# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

**Paciente:** Adrian Fernandez Romero **Dr./a:** Ramos

**Fecha de solicitud** 27/09/2024

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

| Piezas | | | | | | Código Tratamiento | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## 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.