



RN 12478

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Alicia Vila Gonzalez Dr./a: Adrián Noya

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" 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	
27	26	36 <sup>P</sup>	37	23 <sup>P</sup>	16	15 <sup>P</sup>	OBT S	
						36	ENDU + RICO	
						35	IOI	
							ORTO	

**Prótesis**

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 