

AN/2496



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: M<sup>a</sup> MERCEDES RECARTE MOLINA Dr./a: UXIA VAZQUEZ

Fecha de solicitud 5-12-24

- Limpieza
- Estudio implantológico
- Ortopantomografía
- Estudio de Biocompatibilidad
- Telerradiografía
- Análisis salival
- Estudio cefalométrico
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
	38				EXO NORMAL	
	48				EXO INCL (SEMI)	

## 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.

76.22