



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: VANESSA VAZQUEZ VANNEZA Dr./a: SANCHEZ

Fecha de solicitud 15/10

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
			24	25	EXO	
			24	25	IOS + CORONA	
			24	25	CARGA INMEDIATA	
					BIOPLAS ↑ ↓	
					<del>POSTERIZACIÓN HUESO</del>	
					Elevación cerrada con hueso	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 