



4219180

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: M^o ISABEL DIZ Dr./a: PAZO
 Fecha de solicitud 19/11/2024

- | | |
|--|---|
| <input 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
				47	OBTCOMPLEJA	
				B ^D	OBTSIMPLE.	

Prótesis	Maxilar superior		Maxilar inferior	
	Opción 1		Opción 1	
	Opción 2		Opción 2	
	Opción 3		Opción 3	

Firma del Dr./a: _____

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