EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Manuel Dacosta Abilleira Dr./a: Dra Ramos

Fecha de solicitud: 7/03/2025

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

Piezas	Código de tratamiento	Observaciones
~~16~~ 16 o 17 o.	Obt simple	
46 o, D 37 o 38 M	Obt compuesta	
48	exos	

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.