



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Jose Alonso Alonso

Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud 19/7/24

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía <u>+ tac + foto</u> | <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
	32	31	42 41	exo + 2 implantes + 4 coronas + res.	
11	12	21	22	exo2 + cor. inf 12, 22 + corona 11, 21 P.F. sobre 703 4 piezas	
			16	exo2	
			16 15	Corimp	
				FEBULA ATM.	
				100 2 / 10	
PROVISIONAL : carga 4 pzs (12 a 22) o 22 a 49/10 (32 a 42)					

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: