

Fr 19408



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Juan Luis Garcia Rodriguez

Dr./a: PAZO

Fecha de solicitud 21/08/2024

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

| Piezas |  |  |  |     | Código Tratamiento | Observaciones |
|--------|--|--|--|-----|--------------------|---------------|
|        |  |  |  | 471 | OBT Simple         |               |
|        |  |  |  |     | RAR x conducto     | x 4           |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |
|        |  |  |  |     |                    |               |

## 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.