

8/8



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JUAN ESTEBAN ORDÓÑEZ Dr./a: SILVA

Fecha de solicitud 8/8

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

Piezas		Código Tratamiento	Observaciones
	55	ir vigilando durante el tratamiento	
	36	ost.	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: