



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Argentino Masquera Perez

Dr./a: Sanchez

Fecha de solicitud: 11/08/24

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía <i>CIAC + FOTOS + visita</i> | <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
26	25	23	21	22	EXO	
16	14	22	24	26	IOI	
					7 Pilar	
					Rebase inferior	
					Arco de descarga	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	Híbrida / <u>line</u>
Opción 2	Carga inmediata
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	Transp 7 Tapas 7
Opción 2	5 Tornillos 5 analogos
Opción 3	

Firma del Dr./a:

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