



6B 10DIP

### SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: AMELIA GONZALEZ GARRIDO

Dr./a: Vázquez

Fecha de solicitud 05/08/2024

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

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
		26	36	OROT 2		
			27	REV		
			<del>28</del>	<del>REV</del>		
			26	RAS 4		
		42	41	OROT 1		

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	13 A 23 Coord. + Coord (VOLVOLSION) SIVA
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: