EXO

– 6B10031 –

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: CLARA GONZALEZ PORTELA **Dr./a:** SILVIA

Fecha de solicitud 09/08/2024

- [ ] Limpieza
- [x] Ortopantomografía
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas ____

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
	1° VISITA - CONSULTA REVISIÓN	
	– NO LE INTERESA ORTODONCIA –	

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.