



12831

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Manuel Martínez Lopez Dr./a: Fdel

Fecha de solicitud 09/08/24

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza                                 | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía <u>→TAC</u> | <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
				12	<del>OTOP</del> <u>OTOP</u>	

### Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: