



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Renard Henriquez Dr./a: Silva

Fecha de solicitud 12/08/2024

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza              | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía     | <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	
			13	16	35	020.	
							Añadir piezas a prótesis de forma provisional

**Prótesis**

Maxilar superior	
Opción 1	COM3
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	Sobreentadura. 3-4 suplaentes.
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: