



GB 10033

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Cristian Lima Dominguez

Dr./a: VÁZQUEZ

Fecha de solicitud 12.08.2024

- Limpieza
- Ortopantomografía + Tac
- Telerradiografía
- Estudio colométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas _____

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
				5° Ustia Carrión Folantes	
			35	OBTL	
			24	Exo RL	
23	22	21	12	13	carinas + fono
					Ustia Indóles Infiam.

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	IOI 24 IOI 26
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	IOI 36 - 46
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: