



RN 12813

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Josefa Vargas Carballo Dr./a: Fdel

Fecha de solicitud 14/08/24

- |                                                             |                                                       |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza                | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía +TAC. | <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 |
|--------|--|--|-----------------|-----------------------------|---------------|
|        |  |  | 46              | exo RR                      | Urgencia      |
|        |  |  | A               | EXO                         |               |
|        |  |  | 36              | Endo multi + obt comp       |               |
|        |  |  | 12              | 22 Endo uni + obt obt.comp. |               |
|        |  |  |                 | RAS. ↑ ↓                    |               |
|        |  |  | 46              | 15 IOI                      |               |
|        |  |  | 45 <sup>P</sup> | 16 <sup>M</sup> -21         | obt.comp      |
|        |  |  | 11 <sup>V</sup> | 23 <sup>V</sup>             | obt simple    |
|        |  |  |                 |                             |               |
|        |  |  |                 |                             |               |

### Prótesis

| Maxilar superior |  |
|------------------|--|
| Opción 1         |  |
| Opción 2         |  |
| Opción 3         |  |

| Maxilar inferior |  |
|------------------|--|
| Opción 1         |  |
| Opción 2         |  |
| Opción 3         |  |

Firma del Dr./a: