

19448



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Lilia De Castro

Dr./a: Pezzo

Fecha de solicitud 26/8/24

- Limpieza
- Ortopantomografía
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

| Piezas |  |  |  | Código Tratamiento | Observaciones |
|--------|--|--|--|--------------------|---------------|
|        |  |  |  | 25 endo bi + OBT   |               |
|        |  |  |  | (26m, 27d, 47d)    |               |
|        |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |                    |               |
|        |  |  |  |                    |               |

## Prótesis

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

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

Firma del Dr./a: