



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MARTA CONDE CONDE

Dr./a: MARIA SILVA

Fecha de solicitud: 29/8/24

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

Piezas		Código Tratamiento	Observaciones
	35	OBTS	
	18	EXOCNI	
		RAR4↓	
	37 36	EXPLANTAR	
	37 36	101 + REGENERACION	
	28	EXO + 101	} posible elevación
	26	101	
	25	EXO + COR23 + 101	} elevación cerrada
	15/27		

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: