



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Daniel Rodríguez Carral Dr./a: Pazo

Fecha de solicitud 29/8/24

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

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
				26 implante + corona + regeneración (day)	
				14 Endobit pack + reco (se intentará obt)	
<del>19</del>	22	21	11, 23, 24 <sup>M</sup>	obtsim	
		17 <sup>M</sup>	35 <sup>D</sup>	15 obtsim	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: