

19461



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Daniel Remo Herón

Dr./a: RAJOS

Fecha de solicitud 30/08/2024

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

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
					48	*Ver evolución cordal *	
27	26	24	14 ^o	16	17	OBT Comp	
	34	37	36	46	47	OBT Comp	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: