



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: PILAR PÉREZ LAGO

Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud 4/6/24

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

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
			21	15	EXO + BION + FER	GUIADA + FIJA + CARGA.
			21	15	ANAP	(si no se hace: corse)
			44	101	+ CORIZ3	
			36	101		

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	EXO detado FIJA
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: