



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: SANTIAGO GONZALEZ CRISTO Dr./a: Vazquez

Fecha de solicitud 5/9/2024

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				43	exo	
				44	endo + REco + RAS ↑ ↓	
				18	exo (simple)	
		15	42	26	OBT simple	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.