GB10066

EXO

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: NURIA CABALEIRO TIZÓN Dr./a: SILVA

Fecha de solicitud 05/09/2024

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

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
	1° VISITA -	
	- VALORAR ORTODONCIA - (NO ESTA INDECESADA)	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	IOI 46 + CORONA -
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

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