

RN12897



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Jessy Peres Murray Dr./a: Jane S.
 Fecha de solicitud: 6/9/24

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía | <input type="checkbox"/> Análisis salival |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____ |

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
						RAR PD PERIODI	
			28	18		EXO cordales	
			37	14		EXO simples.	
		46	36	14		IOS UNITARIO	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 