EXO

6B10069

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: SARA VIGO RODIÑO Dr./a: SILVA García

Fecha de solicitud 06/09/2024

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

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
	CAMPAÑA LIMPIEZA	
18	EXO.5	
26 25	OBT.2	
48	EXO.6 (incluida)	
	Ver 1 al finalizar	
	Valoración ortodoncia	

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.