



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Lucia mtez Pais

Dr./a: Pazo

Fecha de solicitud 9/9/24

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

Piezas			Código Tratamiento	Observaciones
16	14	13	12 exo	
			35 implante	
		45	34 obt	
			cas ↓	
			<u>Fente</u>	
			<u>Portectora pra f.</u>	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	<u>Fija + 6 roi + elu + 20 + com 4 + 20</u>
Opción 2	<u>Semifija + 4 roi + com 2</u>
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: \_\_\_\_\_