



RM 12503

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Carlos Martinet Estelet Dr./a: Ustetel

Fecha de solicitud 12/09/24

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza                      | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía <u>+TAC</u> | <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
			38	18	Exo	
				37	Endo multi + dst comp.	
				27	Exo	
				26	101	
				46	Ungular	

### Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: