



NU 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: