FR 14323

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Aurora Murillo Díaz Dr./a: M. Silva García

Fecha de solicitud 12.9.2024

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

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
18	EXO.5 (caries mesial y no hay antagonista)	
25 24 14 13 44	OBT. 1	
	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.