



GB10079

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JUAN MANUEL CAO

Dr./a: VÁZQUEZ

Fecha de solicitud 16/08/2024

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

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
				- Revisión General -	
	48	38	28 18	Exo = (EWRD) .	
			2617	OBFI	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 