



RJ 12922

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Killian Riveiro Sebastian Dr./a: Santo

Fecha de solicitud: 11/11/21

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía | <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
				85 84 64	exo	
				63	dst (antes exo de 64)	
44	83	74	73	36 ^{ov}	dst 2	
						Eleonización (cuando expone prendes)
		26	16		OST 1	
					61 62 63 26	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: