



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MERCEDES JULIA RODRIGUEZ Dr./a: VARGAS

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

- Limpieza
- Ortopantomografía X-DC + FOTG
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
			27	EV	
			<del>26</del>	<del>JOS ACIOS</del>	
		24	25	7	RAS QUIRURGIC E IMPLANTOLOGICAS.
	46	44	43	EXO	
			<del>46</del>	<del>44</del>	FENOLA DESCARGA
				JOS + C/JOS 44 45 46	
				APRETAL PUNTE 3º CUAD	
		B	33	<del>OBT.</del>	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: