



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ROSA M. GONZALEZ ALVAREZ Dr./a: ADRIAN NOYA

Fecha de solicitud 03/10/24

- Limpieza
- Ortopantomografía +TRAC FOTOS
- Telerradiografía
- Estudio celalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
						≠ CULATRES OBT JOS +C/JOS } OPCION A AR ^o ↑ ↓ } OPCION B OPCION C	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 