



RN 12945

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Marcos Domínguez Casais

Dr./a: Adrián Noya

Fecha de solicitud 07/10/24

- | | |
|--|---|
| <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
					RAR 4 cuadrantes	
		12			Endo + OBT simple	
		16			OBT simple	
		22			OBT simple comp + endo	
		25			OBT compuesta	
		26	36		EXO RR	
		37			OBT compuesta	
		46	47		OBT simple	
				38	EXO	
						*Elevación de 1°c sin abrir
		36	26	16	IOI	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: