



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Juan Jose Perez Tames Dr./a: Dña Ramos

Fecha de solicitud 15/10/2024

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

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
1ª opción	excl todo sup (13, 14, 16, 21, 23, 24, 25, 26) 6 IOS + Fija elevación by 20 + férula ATM.	
2ª opción	4 IOS + Prohibera (ALTERNATIVA)	
1ª opción	excl todo inf (33, 35, 38, 41, 42, 44, 47) 6 IOS + Fija ↓	
2ª opción	4 IOS + PROHIBERA ↓ (alternativa)	

Si hace fija → FÉRULA

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	3 IOS: 24, 14, 15, 17 21, 26 Pral 10 ↑
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	3 IOS 43, 41, 42 Completa + 32, 33, 37, 47
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: 