



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: LUIS ALEJANDRO CORTES AWARADO Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud 24/10/24

- Limpieza  
 Ortopantomografía  
 Telerradiografía  
 Estudio cefalométrico  
 Estudio implantológico  
 Estudio de Biocompatibilidad  
 Análisis salival  
 Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
				27	ENDONULTI + RECO	
			37 <sup>v</sup>	26	OBTS	
			M	21	OBTC	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: