



Fr 19585

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JOSTO FELIX ELORIONDO IGLESIAS Dr./a: Dra. Ramos

Fecha de solicitud 28/10/2024

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
37 ^m	26 ^o	22 ^p	12 ^p	11 ^p	OSTCOM	
			4024		Cor. imp.	
				13	exo2 + cor. imp	3 implantes + P.F 4 piezas
				14	exo2.	
				15	Cor. imp.	
				16	Cor. imp + elev abierta	
					exo2 + cor. imp	
			2524	23	puente dentosoportado	(x petición del pcte)

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: