



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: PILAR FARO PEREIRA

Dr./a: DIANA FAZO

Fecha de solicitud 29/10/24

- Limpieza
 Ortopantomografía + TAC + FOTOS
 Telerradiografía
 Estudio cefalométrico
 Estudio implantológico
 Estudio de Biocompatibilidad
 Análisis salival
 Ausencia de piezas _____

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
						RAR ↑↓ + PERIODONTOGRAMA	
		45 ^d	46 ^m	47 ^d		OBTS.	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	EXOY TODA A + TPO PERLO b BIOI + FIJA
Opción 2	elev. 2 cuadrante. + FÉRULA.
Opción 3	elev. cerrado 2° C. CARGA INM.

Prov: PRA.

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: