



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Seigne Diaw

Dr./a: Pazo

Fecha de solicitud 6/11/24

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

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
		16 <sup>m</sup>	27 <sup>a</sup>	035 etc.	
		47.15		JOS + corona	
				ORtodoncia	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: