

57990



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JULIETA VILA GONZALEZ Dr./a: F17 / Sanchez

Fecha de solicitud

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones		
		(?)			ELEV. ABIELTA 1ºc 2C			
		26	25	16	14	ioi.		
				46	27	ENDO + OBTC + INCRUSTA		
		48	38	18	28	CORDONES		
				16	26	EXO ER		
44	43	37	17	21	<del>21</del>	OBTC		
				47	35	36	ENDO + OBTC	
				45	<del>45</del>		ENDO + RECO	
				49			TTO PERIO RASPAJE 4c	
							"DEVOLVER A ORDO"	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: