



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: NANCY LUCARDE GUT.

Dr./a: Pazo

Fecha de solicitud 18/11/24.

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

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
		25	24	16	15	IOI	
			47	46	36	IOI	
48°	27°	26°	14°	34 ^m	34	ORT 87m	
					20	GEV ^A + REG.	
						como provi pra 4 sup.	
						TER.	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	PRAS
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	PRAS
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: