



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: CARLA CARIN IBARRA Dr./a: PARA SOLTO

Fecha de solicitud 25/11/2024

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				18	EXO NO INCLUIDA.	
				17	OBT S	
				22	Carillo composite	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

