



RN 13017

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Aurora Pociña Nieves

Dr./a: Irene Sánchez

Fecha de solicitud 26/11/2024

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía | <input type="checkbox"/> Análisis salival |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____ |

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				36	EXO 22	
				46	EXO	
				35	ORTS	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	id: 36 + corona por 46
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: