



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MARIA PÉREZ ÁLVAREZDr./a: DIANA PAZOFecha de solicitud 26/11/24

- Limpieza  
 Ortopantomografía  
 Telerradiografía  
 Estudio cefalométrico

- Estudio implantológico  
 Estudio de Biocompatibilidad  
 Análisis salival  
 Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
					17	EXORR	
31	41	42	43	16	18	EXO	
					32		
						PROTI ↑↓	
						ó	
						COMPLETAS	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

--