



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Jose SANTIAGO CORRALES FERRENTA Dr./a: VÁZQUEZ

Fecha de solicitud 5/12/2024

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

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
			24 26	IOI		
		24	25 26	CSI		
			46	IOI + CSI		
			42 32	IOI + 4 CSI	→	decoloración.
			35 36	IOI + CSI		
			15	IOI + CSI		
				Opción por estética de cambiar		
				CSI 12.		

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: