

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Mar Suarez Fernandez Dr./a: Adrián Noya
 Fecha de solicitud: 09/12/2024

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

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
			46 15	OBT comp	
			46	Endo	
			46	Incrustación	
					* Valorar en cirugía el 24 (no quiere por ahora, avisa me de los riesgos)

Prótesis	Maxilar superior		Maxilar inferior	
	Opción 1		Opción 1	
	Opción 2		Opción 2	
	Opción 3		Opción 3	

Firma del Dr./a: 