GB10164

EXO

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: RAFAEL LORENZO PINTO **Dr./a:** ADRIAN NOYA

Fecha de solicitud 10/12/24

- [x] Limpieza
- [x] Ortopantomografía 1 FOTOS + TAC
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas _____

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
46 48 33 34	ORTC	
44 41 31 32	EXO	
23 13	ORT	
		* NO QUIERE JOJ LLEVA PRA ↑ QUIERE OTRA ↓

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	Parcial de 7-9 piezas
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.