19672

EXO ODONTOLOGÍA SOSTENIBLE DE VANGUARDIA

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Ana Elida Lescano. **Dr./a:** DIANA PAZO

Fecha de solicitud .....

- [x] Limpieza
- [x] Ortopantomografía
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas ___ ___ ___ ___ ___ ___

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
14	11 d	12 c	26 d	22 m.	15 m	34 d	OBT. 16 d 37 a	
					25.	35 d	endo Bi + RECO
						24	RECO

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

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