



RN 13043

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: PAZ CHER ESTEVEL Dr./a: Dra SATO

Fecha de solicitud 16.12.24

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
		42 34	23	11	OBTS	
				47	OBTC	
				35	Bo	
				35	ioi	
					Requiere a cone	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

