

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: PAZ GONZALEZ ESTEVEZ Dr./a: Vazquez

Fecha de solicitud 19/12/24

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				35	EXO	
				35	ioi	
				36	RASP + IMPLANTOPLASTIA	
	11	23	44	34	OBT C	
				38	EXO	
				36 37	CSI ? + selenite	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

