



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Ana Belén De Castro Merchán Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud 17/12/24

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

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
			16-15-14	implantes (2) + 3 coronas	
				10 elevación abierta + regeneración	
			38 47 28	obt.	
			27	implante + corona	
				elevación cerrada?	
				Reula ATM	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: