

# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: FLOR ARIADNA SANCHEZ Dr./a: Vazquez

Fecha de solicitud 19/12

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza   | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía     | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía      | <input type="checkbox"/> Análisis salival             |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____     |

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				36	OBTC	
				47	OBTS	
			28	15	10j + CORN.	
				17	RASP	
				15	EXO	
				15	1 grupo MUJTO	
				26	CEJAC. SERVO ATLETA	
					RASPARE # ↓	
				(1)	SADRECAN MAJIN	
					Corona Zc en 34 + provi.	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

