



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MANUEL ALONSO OTERO Dr./a: PATO

Fecha de solicitud 23/12/24

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

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
M 23	M 21	M4D 22	D 11	M4D 12	M 13	OBT 5 •	
		47	M4D 37	D 44	34 ^D		
					D4M 15	POSIBLE ENDO •	
					16	ENDO + pack + reco •	
45	46	27	26	24	14	EXO) •	
	35	38	36	73	83	EXO) •	
35/46	45	26	24/14			implantes + coronas •	
				36			
						elevación sector 20 abierta •	
						Se recomienda valoración ortodóncica.	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	Prótesis A
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	Prótesis B
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: