



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Manuel Da Pena Correia Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud 30/12/24

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía + <u>tecx + fotos</u> | <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
				27	Limpieza barra Φ exo2	
				34	explantar IOS	
					4 IOS + barra + pch \downarrow	
					2 IOS + pch \downarrow	
					Completa inf (se lo desaconseja)	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: