EXO

GB1095

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: DIEGO MANUEL GOLPE Dr./a: SARA

Fecha de solicitud 08/08/25

- [x] Limpieza
- [x] Ortopantomografía + FOTOS + TAC
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas ___ ___ ___ ___ ___ ___

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
35 M. 34 D 37 J 15 M 14 D	OBTC	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.