



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Juanel Corbacho Lobato Dr./a: Razo
 Fecha de solicitud: 9/01/2025

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

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
			15 14	IOI + CO2		
			24	exo.		
			26 24	IOI + 3 CORONAS +		2 ADIT. + elev. cerrado
				FENUCIA ATM.		

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: