



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Dolores Garcia Fernandez Dr./a: Vazquez

Fecha de solicitud: 9/07/25

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

Piezas						Código Tratamiento	Observaciones
						LIMPIEZA	
		16	14	24	26	10i	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	Fija ZR. sobre 5 sin carga
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

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