



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: María Albrado Betancourt Dr./a: Paizo

Fecha de solicitud 14/1/25

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
					(Pie de 11 e 22)	
	22	12	21	11	CORP + COROZ4	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: