



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MÓNICA VÁZQUEZ ARIAS

Dr./a: RAMOS

Fecha de solicitud 14/1/2025

- Limpieza
- Ortopantomografía
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico

- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas _____

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
	46	45	36	24	101	
		17	15	13	PUENTE DENTO (5 PIEZAS)	13-14-15-16-17
				27 ^d	CBTC	
				45	EXO2	
	23	24	25		CorP + Cor 2 P-F 3 PIEZAS	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	ARA 3 ↓
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: