



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Abdelaziz El Azzouzi Dalouh Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud 15/1/25

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía | <input type="checkbox"/> Estudio de Biocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Telerradiografía | <input type="checkbox"/> Análisis salival |
| <input type="checkbox"/> Estudio cefalométrico | <input type="checkbox"/> Ausencia de piezas _____ |

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
		27	11 21	ero2 + prot ⁱ + com2 + 4 implantes	
		11	21	ero2 + completa ↑ (mantenermos 27)	
		34		ero + pra 9 ↓	
		43		obt2	
		43	32 34	ero + 4 i ^o i + prot ⁱ + com2	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: