

FR19748



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: RAFAEL CASTRO PEREZ

Dr./a: PATO

Fecha de solicitud 16/1/25

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

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
					Blasqueamiento	
					ambulatorio	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: