



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ALEJANDRO GONZALEZ RUIZ Dr./a: ANA RANOS

Fecha de solicitud 17/1/25

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

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
			36	15	101	
			26		0BT	
			21	11	Corp+Cor 2	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: