



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: FRANCISCO ~~JACOBO~~ RIBBO GONZALEZ Dr./a: PAZO

Fecha de solicitud 22/1/25

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza                         | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía + CBCT + FOTOS | <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
		25	24	ENDO Bi + pack + reco	(ver evolución)
			16 <sup>m</sup>	OBTS	
		0		46 + 45	Vigilar focos!

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: