



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ESTER PEREIRA DA CUNHA

Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud 29/01/25

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía + TAC + 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
35	38	24	22	12	14	EXO	
21	M	48	45	31	41		
				32	27		
			34	44	23	OBTC	
					13	ENDOUNI + RECO	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	PRAI2 ↑
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	PRAI1 ↓
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: