



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ÁNGEL SOTO UDAL

Dr./a: YVONNE GARCÍA

Fecha de solicitud 29/1/25

- | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <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	
		26°	14 ^d	16 ^m	25 ^d	OBT 5	
				28	18	EXO	
						Blanqueamiento.	
						VIGILAR ACLUSO	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: