



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: PILAR DEL RIO BOUZAS Dr./a: PAULET

Fecha de solicitud 04/02/2025

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" 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
				21	R. COM	PALATINO
				17	R. CUELLO	
				13	R. CUELLO	
				23	R. CUELLO	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: