



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Isolina Barbosa Costa Dr./a: RamosFecha de solicitud: 21/02/2025

- | | |
|--|---|
| <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 de tratamiento | Observaciones |
|--------|----|----|----|--|-----------------------------|---------------|
| | | | 28 | | ex05 | |
| 14 | 15 | 27 | m | | Ob+Com | |
| | | | | | | |
| | | | | | Sin senillas o ex02+Comimp. | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Prótesis

| Maxilar Superior | |
|------------------|--|
| Opción 1 | |
| Opción 2 | |
| Opción 3 | |

| Maxilar Inferior | |
|------------------|--|
| Opción 1 | |
| Opción 2 | |
| Opción 3 | |

Firma del Dr./a:

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.