EXO

GB09748.

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Isabel Álvarez Barral **Dr./a:** [signature] Noya

Fecha de solicitud 06/03/2025

- ☐ Limpieza
- ☐ Ortopantomografía
- ☐ Telerradiografía
- ☐ Estudio cefalométrico
- ☐ Estudio implantológico
- ☐ Estudio de Biocompatibilidad
- ☐ Análisis salival
- ☐ Ausencia de piezas _ _ _ _ _ _ _ _

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
47	OBT Comp	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: [signature]

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