VE10006

# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

**Paciente:** MARIANO RODRIGUEZ SOUTO **Dr./a:** DAVICA

**Fecha de solicitud** 18/2/25

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

| Piezas | | | | | | Código Tratamiento | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 7 | UN | Instru. 4 cuadrantes | + 3 sesiones laser |
| | | | | | | Control Placa al mes | |
| | | | | | | Reevaluación a los 3 meses. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## 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.