



### SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Jesus Montes Pequero Dr./a: Alejandro Fdez

Fecha de solicitud: 05/02/2025

- |  |   |
|--|---|
| <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
						ENCENADO DIAGNOSTICO PARA CARILLAS DISCICATO	

**Prótesis**

Maxilar Superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar Inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

**DR. FERNÁNDEZ TERZADO**  
ODONTÓLOGO  
Colegiado Nº 36881705

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