FR19798

EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Carlos Diaz Otero Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud: 10/2/25

- [ ] Limpieza
- [x] Ortopantomografía + HAC + fotos
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas ___ ___ ___ ___ ___ ___

| Piezas | | | | | | Código de tratamiento | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 42 | 32 | 31 | exo + 2 implantes + 4 coronas + prov. carga | |
| | | | | 26-24 | | implante (2) + 3 coronas | |
| | | | | 10 | 20 | elevación abierta | |
| | | | | 16 | 15 | implante + corona | |
| | | | | | 25 | explantación implante | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | férula ATM | |

**Prótesis**

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

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

Firma del Dr./a:

19237

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