



## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: SOLEDAD CASTRO LEAL Dr./a: ANA RAMOS

Fecha de solicitud 10/2/25

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza                     | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico       |
| <input checked="" 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 Tratamiento	Observaciones
					EXO0 TODO 33-43	
					COMPLETA ↓	
					ó	
					4 101 + PROT1	

### Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: