EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PER[illegible]N

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: M: DOLORES BORJA CASTELLON Dr./a: IRENE SANCHEZ

Fecha de solicitud: 11/02/25

- [x] Limpieza
- [x] Ortopantomografía + TOTAL + TAC
- [ ] Telerradiografía
- [ ] Estudio cefalométrico
- [ ] Estudio implantológico
- [ ] Estudio de Biocompatibilidad
- [ ] Análisis salival
- [ ] Ausencia de piezas _____

Piezas	Código de tratamiento	Observaciones

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.