



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Rosalva Arenaz Gonzalez Dr./a: Garcia

Fecha de solicitud: 12/2/25

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía <u>ttac + foto</u> | <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
						Blanqueamiento	99€
					3º	obtsim	
					28 16º	visilar	

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.