

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Enrique Rodríguez Rodríguez Dr./a: Vázquez

Fecha de solicitud: 13/2/25

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía + FORJ + TAC | <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		
					37	ENDO ✓			
					37	RECOJ ✓			
23	14	15	45	33	34	35	36	OBTC ✓	
		44	43	42	41	31	32	OBTS ✓	
							46	EXRL ✓	
				26	24	46		SOJ ✓	
				25	24	46		C SOJ ✓	
		23	22	21	11	12	13	C ZIRCONIO ✓	
		23	22	21	11	12	13	C. PROVI ✓	
						25	24	EXO ✓	
								FERULA DESCARGA ✓	

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.