



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JOSE WIS ROCHA FORTELA. Dr./a: ANA RAMOS

Fecha de solicitud: 25/2/25.

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía + TAC + FOTOS. | <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
					28	EXO	
					26	(25,26) EXPLANTAR + CORPZ + ADITADENIOS	
				46	45	101 + GROWAS	
						 	
				23	24	ENDUINI + TCCO	
				24		Endobi + TCCO	
						FEULA ATM -	
						* FOCO APICAL #16	
						* RR #15	

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.