



EXÖ-HÖLLENBACK
PASSION FOR THE PERFECTION

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: JOSE WIS ROCHA PORTELA Dr./a: ANA RANOS

Fecha de solicitud: 25/2/25

- | | |
|---|---|
| <input checked="" 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 de tratamiento	Observaciones	
			24	25	28	EXO	
					26	(25, 26) EXPLANTAR + EXO +	
					24	IOI + CORI24 + 2 ADIT. FERULES.	
			46	45	IOI		

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.