AN0054 1

EXO

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: CELIA DOMINGUEZ OTERO **Dr./a:** Alej. FDEZ

Fecha de solicitud 28/02/2025

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

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
26	ENDO + PBT + INC	
26	RAS	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a:

DR. FERNÁNDEZ TERZADO
ODONTÓLOGO
Colegiado Nº 36[illegible]

PARA CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE LA COMBINACIÓN DE OPCIONES EN PRESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.