



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: FRANCISCA VÁZQUEZ ÁLVAREZ Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud: 5/3/2025

- | | |
|--|---|
| <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
						RETENCION ↓	
					27 ^m	OBTS (coronas)	
				21 ^{m d}	11 ^{m d}	OBTS (estética)	
				36	46	101	
						VIGILAR 35 ^d	

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.