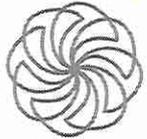


19852



EXÖ-HÖLLENBACK  
PASSION FOR THE PERFECTION

# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ERIKA BARBOSA ALMEIDA

Dr./a: Dra. Pazo

Fecha de solicitud: 5/3/2025

- Limpieza
- Estudio implantológico
- Ortopantomografía
- Estudio de Biocompatibilidad
- Telerradiografía
- Análisis salival
- Estudio cefalométrico
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas					Código de tratamiento	Observaciones
				14	Distal simple	
				<del>15</del>	<del>001</del>	

**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.