



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Marilde Otero Alvarez Dr./a: PazoFecha de solicitud: 10/3/25

- Limpieza
 Ortopantomografía +parotiac
 Telerradiografía
 Estudio cefalométrico
 Estudio implantológico
 Estudio de Biocompatibilidad
 Análisis salival
 Ausencia de piezas _____

Piezas					Código de tratamiento	Observaciones
14	13	12	11	21	eros4(5)+regeneración+pra5	prorismal
14	13	12	11	21	implantes(3)+5 coronas	
					42 OSTCOM	
					tenia ATM	

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.