



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: MARCELO PÉREZ PINEIRO. Dr./a: DIANA PAZO

Fecha de solicitud: 13/3/25

- | | |
|---|---|
| <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
						EXOD TODO (23)	
						PROT ↑↓	
						ó	
				↑↓		EXOD TODO + CARGA + ^{REMOVIBLE} + ELEUACIONES + FIJA.	

Prótesis

Maxilar Superior	
Opción 1	FIJA
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar Inferior	
Opción 1	PROT?
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: