



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: ESTHER GARRA MACHO

Dr./a: DAVILA

Fecha de solicitud 30/08/24

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

Piezas				Código Tratamiento		Observaciones
			10	20	ELEVACIÓN ABIERTA	Elevación 10
			20	11	CERRADA	
47	46	26	16	18	IOS	
	33	37	36	39		
			23	2X0	INCLUIDO + IOS (defecido)	
					PERIODONTOGRAMA	
					Sedación para la colocación de ios	
					ver si es viable	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: