



R2 01161

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Isabel Campos Espino Dr./a: Ramos
 Fecha de solicitud 22/01/2025

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input type="checkbox"/> Ortopantomografía | <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 Tratamiento | Observaciones |
|--------|--|--|--|--|--------------------|---------------|
| | | | | | 23 | Obt simple |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Prótesis

| Maxilar superior | |
|------------------|--|
| Opción 1 | |
| Opción 2 | |
| Opción 3 | |

| Maxilar inferior | |
|------------------|--|
| Opción 1 | |
| Opción 2 | |
| Opción 3 | |

Firma del Dr./a: