



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Segundo Comesaña Comesaña Dr./a: Ramos
 Fecha de solicitud 21/1/25

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudio implantológico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ortopantomografía <u>HAC</u> | <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
			22	21	eto + pra 94	
					o	
14	13	12	11 22	21	(6) eto de todo + 4 roi + com 2 + prof	

			45	43	36	3 implantes + fija zirconio
					42	explantación
					36	eto

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: