



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

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

- Limpieza
- Estudio implantológico
- Ortopantomografía HAC
- Estudio de Biocompatibilidad
- Telerradiografía
- Análisis salival
- Estudio cefalométrico
- 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	
<hr/>						
			45	43	36 3 implantes + fija zirconio	
					42 explotación	
					36 eto	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: