



PRESUPUESTO

PACIENTE: _____ H.C: _____
 ALUMNO: _____ FECHA: _____
 REPRESENTANTE: _____ PROFESOR: _____

CANTIDAD	TRATAMIENTO	PRECIO	TOTAL Bs.
	ADMISIÓN, H.C Y TRIAJE		
	ACTUALIZACIÓN DE HC		
	RADIOGRAFIAS INDIVIDUALES		
	HIGIENE BUCAL Y CONTROL DE PLACA		
	TECNICA DE HB		
	TARTRECTOMIA E HB.		
	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO		
	SELLANTE DE FOSAS Y FISURAS		
	CAVIDAD PREVENTIVA RESINA-SELLANTE		
	BASE DE VIDRIO IONOMÉRICO		
	CLASE I, II ó VI PARA AMALGAMA		
	CLASE I, II, III, IV ó V PARA RESINA		
	RECONSTRUCCIÓN MUÑON CON AMALGAMA		
	RECONSTRUCCIÓN MUÑON RESINA ó V.I		
	CORONA DE A.I ó ACRÍLICO		
	CORONA DE POLICARBONATO		
	CORONA DE CELULOIDE-RESINA		
	DIENTE FRACT. CON RESINA FOTO		
	DIENTE FRACT. CON V.I		
	ENDODONCIA CONV. EN DIENTE PRIMARIO		
	PULPOTOMIA		
	CURAS FORMOCRESOLADAS		
	IMPRESIONES		
	APARATOS DE ORTODONCIA	Pago al laboratorio + el 20% UCV	
		TOTAL Tto.	

- Presupuesto puede ser sometido a ajustes.
- El tratamiento puede cancelarse a medida que se progresa.

Yo, _____, C.I. _____
Representante legal del niño (a) _____
de _____ años de edad, me comprometo a cumplir con el pago oportuno
del tratamiento odontológico de mi representado, el cual asumo de manera
legal y responsable.

FIRMA Y C. I DEL REPRESENTANTE