



Chico Clinic

845 W. East Avenue  
Chico, CA 95926  
(530) 896-9400  
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15  
Chico, CA 95926  
(530) 433-2500  
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

277 Cohasset Road  
Chico, CA 95926  
(530) 781-1440  
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 529-2567  
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street  
Willows, CA 95988  
(530) 934-4641  
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street  
Woodland, CA 95695  
(530) 661-4400  
Fax: (530) 661-4416

# Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic  
530-520-6913  
www.nvih.org

## Documentación sobre condición de autosuficiencia del menor

A los fines de obtener diagnóstico y tratamiento médico, odontológico o quirúrgico, de acuerdo con la sección 6922 del Código de Familia, por la presente certifico la veracidad de la información que sigue:

1. Tengo quince años de edad o más, y nací el \_\_\_\_\_(fecha), en

\_\_\_\_\_ (lugar).

2. Estoy viviendo en un lugar distinto y separado de mis padres o tutor legal.

\_\_\_\_\_ (Residencia)

\_\_\_\_\_ (Número de teléfono)

\_\_\_\_\_ (Residencia del padre/madre/tutor)

\_\_\_\_\_ (Número de teléfono)

3. Manejo mis propios asuntos financieros.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Nombre/Dirección del empleador)

\_\_\_\_\_ (Otras fuentes de ingreso)

\_\_\_\_\_ (Lugar de la cuenta bancaria)

4. Entiendo que, según la ley, seré financieramente responsable del tratamiento y los cuidados médicos, odontológicos y quirúrgicos que reciba.

\_\_\_\_\_ (Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha)