



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

1515 Springfield Dr. Ste 175  
Chico, CA 95928  
(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

## REVISION ORAL DE SALUD

Estimado Padre/Guardian:

Los estudiantes en la escuela de su hijo/a tendrán la oportunidad de recibir una evaluación visual de los dientes por un profesional dental sin costo a través de servicios de salud para niños, SONRISAS SANAS, NIÑOS SANOS, proporcionado por Northern Valley Indian Health, Inc. El propósito de la evaluación es para revisar los dientes de su hijo/a para caries y otros problemas dentales. Su hijo/a recibirá una carta para llevar a casa que les dice sobre la salud de los dientes de su hijo/a. Esta revisión es sólo un examen visual y no puede ocupar el lugar de un examen dental con radiografías. No toma el lugar de chequeos dentales regulares. Resultados de la revisión puede ser compartida a fin de ayudar a los niños a obtener atención dental. En colaboración con la Escuela personal de la Salud, el personal de NVIH proporcionará el contacto telefónico complementario para asistir en el descubrimiento para el cuidado de su niño si es necesario.

*Una boca sana es parte de la salud total de su hijo. Niños sanos aprenden mejor. Gracias y si tiene alguna pregunta, por favor de ponerse en contacto con la escuela.*

Si usted **NO QUIERE** que su hijo/a participe en esta examen visual de los dientes, por favor complete la información en la parte de abajo. Por favor devuelva esta forma a la escuela. Gracias.

## SONRISAS SANAS, NIÑOS SANOS

School Oral Health Outreach



Official website: <https://nvih.org>

Facebook: <https://facebook.com/northernvalleyindianhealth>

All Smiles for All Children

**YO NO DESO QUE MI HIJO/A PARTICIPE en LA REVISION DENTAL este año escolar**

NOMBRE DE ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE MAESTRO \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

*Imprima por favor*

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_