

**CASE CLOSURE FORM
DOCUMENTO PARA CERRAR LOS CASOS**

NAME OF CLIENT/
NOMBRE DEL CLIENTE: _____ MEDICAID NUMBER/
NÚMERO DE MEDICAID: _____

REASON FOR CLOSURE/MOTIVO PARA CERRAR EL CASO: (MARK THOSE THAT APPLY/MARQUE LOS QUE SE APLIQUEN)

- CLIENT NO LONGER REQUIRES CASE MANAGEMENT DUE TO ALL CLIENT/FAMILY NEEDS HAVING BEEN ADDRESSED/RESOLVED/
EL CLIENTE YA NO REQUIERE LOS SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS PORQUE YA HAN SIDO SATISFECHAS/RESUELTAS
TODAS LAS NECESIDADES DEL CLIENTE/DE LA FAMILIA
- CLIENT HAS IMPROVEMENT IN HEALTH CONDITION/
LA SALUD DEL CLIENTE HA MEJORADO.
- CLIENT TURNED 21 YEARS OF AGE (FOR NON-PREGNANCY RELATED ELIGIBILITY)/
EL CLIENTE CUMPLE 21 AÑOS DE EDAD (PARA LOS CLIENTES QUE NO ESTÁN EMBARAZADAS).
- CLIENT IS 59 DAYS POSTPARTUM/
LA CLIENTE DIO LA LUZ HACE 59 DÍAS.
- CLIENT NO LONGER QUALIFIES FOR MEDICAID AND DOES NOT ANTICIPATE RE-ELIGIBILITY IN THE NEAR FUTURE/
EL CLIENTE DEJÓ DE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR MEDICAID Y NO CREE QUE ESTARÍA ELEGIBLE PARA RECIBIRLO OTRA VEZ EN
UN FUTURO CERCAÑO.
- CLIENT/FAMILY REQUESTS CLOSURE/NO LONGER DESIRES SERVICES/
EL CLIENTE/LA FAMILIA PIDE CERRAR EL CASO O YA NO DESEA RECIBIR LOS SERVICIOS.
- APPROVAL FOR EXTENDED CASE MANAGEMENT VISITS/SERVICES HAS BEEN DENIED/
SE NEGÓ LA APROBACIÓN PARA CONTINUAR CON LAS CITAS/SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS.
- CLIENT LOST TO FOLLOW-UP/UNABLE TO LOCATE (DOCUMENTATION SHOULD INCLUDE DATED ATTEMPTS TO LOCATE)/
EL CLIENTE NO SE PRESENTÓ A LAS CITAS COMPLEMENTARIAS O FUE IMPOSIBLE LOCALIZARLO (LA DOCUMENTACIÓN DEBE
INCLUIR LOS INTENTOS QUE SE HICIERON PARA LOCALIZARLO Y LAS FECHAS).
- CLIENT/FAMILY RELOCATED
CAMBIO DE DOMICILIO DEL CLIENTE/DE LA FAMILIA.
- CLIENT DECEASED; PARENT/GUARDIAN SIGNATURE NOT REQUIRED/
EL CLIENTE SE MURIÓ. NO SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE O DEL TUTOR.
- OTHER (SPECIFY)/OTRO
(EXPLIQUE) _____

I AM THE CLIENT PARENT GUARDIAN AND AGREE TO THE CLOSURE OF MY CASE/MY CHILD'S CASE.
YO SOY EL CLIENTE EL PADRE EL TUTOR Y ESTOY DE ACUERDO CON CERRAR MI CASO/EL CASO DE MI HIJO

CLIENT/PARENT/GUARDIAN SIGNATURE/
FIRMA DEL CLIENTE/DEL PADRE/DEL TUTOR: _____ DATE/FECHA: _____

CASE MANAGER SIGNATURE/
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO: _____ DATE/FECHA: _____

PRINTED NAME OF CASE MANAGER/
NOMBRE DE PROVEEDOR DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS: _____

CASE MANAGEMENT PROVIDER/AGENCY NAME/
NOMBRE DEL PROVEEDOR/DE LA AGENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE
CASOS _____

INTERPRETER SIGNATURE (IF APPLICABLE)/
FIRMA DEL INTÉRPRETE (EN CASO DE QUE LO HAYA): _____ DATE/FECHA: _____