

Email Communication Authorization

I authorize St. VincentMedicalCenter to send communications to my email address listed below for general and open lines of communication (Examples of communication may include an email invitation to enroll in My Health Patient Portal, SVMC upcoming events, patient satisfaction surveys, and general communication).

Yo autorizo a St. Vincent Medical Center el enviar comunicaciones a mi correo electrónico mencionado aquí para correos generales y líneas abiertas de comunicación (ejemplos de comunicación pueden incluir una invitación de correo electrónico para inscribirse en MyHealthPatient Portal, futuros eventos de SVMC, encuestas de satisfacción del paciente y comunicación general).

나는세인트빈센트메디컬센터통신의 (통신의예로는전자 메일에 등록하시면 환자의 전반적인 기록에 관한것이나 SVMC 행사, 환자만족도설문 조사및일반통신도포함 될수 있습니다.) 일반및오픈라인에대하여위에열거한 나의이메일주소로통신을보내는권한을 부여합니다.

Email Address: _____

Example, muestra, 예를들면: JohnDoe@Gmail.com

I request to Opt-out of receiving e-mail communications by St. Vincent MedicalCenter.

Solicito no recibir comunicaciones de correo electrónico de St. Vincent Medical Center.

나는세인트빈센트메디컬센터에서받지않는전자메일통신을요청합니다.

Patient Signature: _____ Date _____

Registrar Name: _____ Date: _____

Affix Patient Label Here