

KIT DE GESTIÓN DE CONSULTA · 03

Política de honorarios y cancelación

Unas normas claras desde el principio protegen el espacio terapéutico y el tiempo de las dos partes.

1. HONORARIOS

Servicio	Duración	Precio
[Primera consulta / valoración]	[20-60] min	[0-60] €
[Sesión individual]	[60] min	[] €
[Sesión de pareja]	[60] min	[] €
[Evaluación + informe]	[Varias sesiones]	[] €

Los servicios de psicología sanitaria están exentos de IVA (art. 20.Uno.3.º de la Ley del IVA). Se emitirá factura de cada sesión.

[Elimina esta línea si no aplica a tu caso.]

2. FORMAS DE PAGO

☐ Tarjeta ☐ Bizum: [número] ☐ Transferencia: [IBAN] ☐ Efectivo

El pago se realiza [al finalizar cada sesión / por adelantado / en bonos de X sesiones].

3. CANCELACIONES Y CAMBIOS DE CITA

- Puedes cancelar o cambiar tu cita sin coste avisando con al menos [24 / 48] horas de antelación.
- Las cancelaciones con menos antelación o las ausencias sin aviso se cobrarán al [50 / 100] % del precio de la sesión.
- Se exceptúan las causas de fuerza mayor justificadas (enfermedad repentina, urgencia familiar).
- Avisa por [WhatsApp / teléfono / email]: [contacto].

4. RETRASOS

- Si llegas tarde, la sesión terminará a la hora prevista para no afectar al siguiente paciente.
- Si el retraso es del profesional, se recuperará el tiempo o se descontará la parte proporcional.
- En sesiones online, pasados [15] minutos sin conexión se considerará ausencia.

5. AUSENCIAS REPETIDAS

Tras [2] ausencias sin aviso, se valorará conjuntamente la continuidad del tratamiento, ya que la regularidad es necesaria para que la terapia funcione.

6. CONTACTO ENTRE SESIONES

Los mensajes se responden en horario de consulta ([horario]) en un plazo de [24-48] horas. No se ofrece atención en crisis por mensaje: en caso de urgencia llama al 024 o al 112.

[TU LOGO]

[Nombre de la consulta o clínica]

[Dirección] · [Teléfono] · [Email] · [Web]

Centro sanitario n.º [Registro] · [Nombre profesional] · Col. n.º [N.º colegiado]

7. ACEPTACIÓN

He leído la política de honorarios y cancelación y la acepto.

Nombre del/de la paciente	
Fecha	

Firma del/de la paciente

Firma del/de la profesional